Golub-Dobrzyń, dnia ............................

**Dane osoby uprawnionej**

Imię/imiona i nazwisko:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Adres:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Nr dowodu osobistego:

……………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**osoby o uprawnieniu do pochowania zwłok
albo szczątków ludzkich**

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków\* zmarłego/ej ............................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………
*(imię i nazwisko osoby zmarłej)*

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej ................................................

 ....................................................

  *(podpis)*

\* - niepotrzebne skreślić