.....
imię i nazwisko

……
miejscowość, data

.....

.....
adres

……
seria i nr dokumentu tożsamości

……
numer telefonu

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków .....

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

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

.....
(podpis)