

.....
miejsowość i data

Nazwisko i imię

Adres

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że Pan(i)-
(stopień pokrewieństwa)
nie zmarł(a) na skutek choroby zakaźnej wymienionej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia
6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu
wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U z 2001 r.
Nr 152, poz. 1742).

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu powoduje obowiązek natychmiastowego usunięcia z mieszkania zwłok osób
zmarłych na te choroby i pochowania na najbliższym cmentarzu w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.

1. cholera
2. dur wysypkowy i inne riketsjozy
3. dżuma
4. gorączka powrotna
5. nagminne porażenie dziecięce
6. nosacizna
7. trąd
8. wąglik
9. wścieklizna
10. żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne