

.....dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(stopień pokrewieństwa)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zmarła/y
w dniu w
ostatnio zamieszkały

nie zmarła/zmarł* na chorobę zakaźną:

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

Niniejsze oświadczenie jest zgodne z prawdą w przeciwnym wypadku składający oświadczenie będzie podlegał odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....
(data i podpis)

* niepotrzebne skreślić