



.....
Miejsce i data

**Wniosek
o dokonanie odprawy sanitarnej**

Niniejszy wniosek składamy w imieniu osoby uprawnionej do organizacji pogrzebu:

Dane osoby zmarłej:

Nazwisko:

Imię:

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

Stan cywilny:

Nazwisko małżonka:

Imiona dzieci:

Data i miejsce urodzenia:

Ostatnie miejsce zamieszkania:

DATA I MIEJSCE ZGONU:

MIEJSCE POCHÓWKU ZWŁOK:

ŚRODEK TRANSPORTU ZWŁOK: Samolot/Autokarawan

Oświadczenie

Oświadczam, iż zgon **nie nastąpił** na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgony wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby – Dz. U. nr 152 poz. 1742.

Z poważaniem,

.....
Podpis osoby uprawnionej