**FORMULARZ OS/3/2018**

…………………………, dnia ............................

**Starosta Sępoleński**

ul. Kościuszki 11

89-400 Sępólno Krajeńskie

**Dane osoby uprawnionej:**

Imię/imiona i nazwisko:

…………………………………………

…………………………………………

Adres:

…………………………………………

…………………………………………

Seria i numer 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 (j.t. Dz. U. z 2017. poz. 912 ) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków\* zmarłego/ej ...............................................................................

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

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

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

*(podpis)*

\* - niepotrzebne skreślić