

.....
miejsowość, data

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Śremie
ul. Wiejska 2
63-100 Śrem**

Oświadczam, że zgon
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

nastąpił* / nie nastąpił* z powodu 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. Nr 152, poz. 1742).

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

** cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.