............................, dnia ....

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

( imię i nazwisko )

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

( adres osoby składającej wniosek )

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

( stopień pokrewieństwawzględem osoby zmarłej )

…………………………………………………

Nr i seria dokumentu tożsamości

 **Starosta Jeleniogórski**

 **ul. Kochanowskiego 10**

 **58-500 Jelenia Góra**

Proszę o wydanie zezwolenia na sprowadzenie zwłok/ szczątków   zmarłej / zmarłego

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

( imię lub imiona, nazwisko oraz nazwisko rodowe)

urodz. w dniu .................................................... w .......................................................................

( data i miejsce urodzenia)

zam..........................................................................................................................

( ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej )

w dniu .......................................... w .............................................................

( data i miejsce zgonu)

z ......................................................................... do ................................................................... .

( miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione)

Zwłoki / szczątki  zostaną przewiezione specjalnie do tego przeznaczonym środkiem przewozowym przez :

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

( nazwa firmy oraz środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie )

i pochowane na cmentarzu ..........................................................................................................

 ( miejsce pochówku)

W załączeniu przedkładam:

* Dokument zgonu z podaną przyczyną zgonu przetłumaczony przez tłumacza przysięgłego na język polski,
* Pełnomocnictwo dla przedstawiciela Zakładu Pogrzebowego do przewozu zwłok / szczątków z poświadczeniem własnoręczności podpisu upełnomocniającego,
* Oświadczenie, czy zgon nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ( Dz. U. z 2017 r., poz.912
z późn. zm). ................................................................

 ( podpis )

...................................., dnia ...................................

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

( imię i nazwisko )

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

( adres osoby składającej wniosek )

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

( stopień pokrewieństwa

 względem osoby zmarłej )

**OŚWIADCZENIE**

 Ja ..................................................................................................................

zam. ........................................................................................................................

oświadczam, że zgon zmarłego .............................................................................

 ( imię i nazwisko)

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

( data i miejsce zgonu )

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej\* wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach
i chowaniu zmarłych ( Dz. U. z 2017 r. poz. 912 z późn. zm.).

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

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

 ( podpis składającego oświadczenie)