**Załącznik nr 3 do WOZ/1**

……………………………… , ……………………….

 (miejscowość, data)

Imię i nazwisko wnioskodawcy: ……………………………………………………….

Adres zamieszkania wnioskodawcy: ………………………………………………………..
 .……………………………………………………..
Seria i nr dowodu tożsamości wnioskodawcy: ……………………………………………………….

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……………………………………………………….
Telefon kontaktowy wnioskodawcy: ……………………………………………………….

**Oświadczenie**

Na podstawie art.10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.) oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków ludzkich/urny z prochami\*:

………………………………………………………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko osoby zmarłej)

Zmarłej/ego dnia ………………………………………. r. w ……………………………………………………

(nazwa kraju i miejscowość)

…………………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić