………………………………..

*miejscowość, data*

……………………………..………………

*pieczątka nagłówkowa podmiotu*

Szanowni Państwo,

Wobec skierowanej do naszego podmiotu, prośby o stwierdzenie zgonu zmarłej osoby: ………………………………….………………………………………………………………………..…………………….……….... *(imię i nazwisko)* i sporządzenie karty zgonu, informujemy, iż nie możemy dokonać w/w czynności, z uwagi na przynajmniej jedną z poniższych przyczyn:

- w naszym podmiocie nie ma lekarza, który leczył zmarłego w ostatniej chorobie (*art. 11 ust. 1* *Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2000 Nr 23 poz. 295 j.t.),*),

- świadczenia zdrowotne były udzielane zmarłemu przez lekarza naszego podmiotu na więcej niż 30 dni przed zgonem (*par. 2 ust. 1* *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny*),

- lekarz zamieszkuje więcej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, *(par. 3* *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny*),

- lekarz nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od daty wezwania z powodu choroby lub innych uzasadnionych przyczyn *(par. 3* *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny*).

Wobec powyższego, informujemy, iż z zgodnie z przytoczonymi niżej postanowieniami art. 11 ust. 1 i 2 *ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.* *o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2000 Nr 23 poz. 295 j.t.),* stwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu winno nastąpić przez osobę wyznaczoną do tego celu przez właściwego Starostę.

***Art. 11.****1. Zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie.*

*2. W razie niemożności dopełnienia przepisu ust. 1, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę, przy czym koszty tych oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego.*

Wobec powyższego, prosimy o skierowanie się w tej sprawie do Starosty Powiatu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………… ……………………………………………………..……….……………………………………………..……. *(adres Starostwa, numer telefonu)*

…………………………….………….………………….

*Podpis pielęgniarki / pracownika rejestracji*