

.....  
(Imię i nazwisko matki małoletniego dziecka)

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

.....  
.....

.....  
(Adres zamieszkania matki małoletniego dziecka)

Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Łodzi

.....  
(Imię i nazwisko ojca małoletniego dziecka)

.....  
.....

.....  
(Adres zamieszkania ojca małoletniego dziecka)

.....  
(Imię i nazwisko opiekuna małoletniego dziecka)

.....  
.....

.....  
(Adres zamieszkania opiekuna małoletniego dziecka)

### Oświadczenie

Działając, jako przedstawiciele ustawowi/przedstawiciel ustawowy\*\*, w imieniu małoletniego syna/małoletniej córki\*\*

.....  
(Imię i nazwisko)

będącego/będącej\*\* ..... \*  
zmarłej/zmarłego.....

(Imię i nazwisko zmarłej/zmarłego\*\*)

i na mocy art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) uprawnionym/uprawnioną\*\* do wystąpienia o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków\*\* zmarłej/zmarłego\*\*, wyrażamy zgodę/nie wyrażamy zgody\*\* na ekshumację zwłok/szczątków\*\* zmarłej/zmarłego\*\* w dniu .....

(Data zgonu)

pochowanej/pochowanego\*\* na .....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze ..... grób nr..... i na ponowny pochówek na .....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze. .... grób nr .....

.....  
(Czytelny podpis matki małoletniego dziecka)

.....  
(Czytelny podpis ojca małoletniego dziecka)

.....  
(Czytelny podpis opiekuna małoletniego dziecka)

\*wskazać stopień pokrewieństwa/powinowactwa

\*\* właściwe podkreślić