

.....
Imię i nazwisko
.....
Seria i nr dowodu osobistego
.....
Adres
.....

.....
miejsowość data
.....

OŚWIADCZENIE
członka najbliższej rodziny osoby zmarłej ** o wyrażeniu zgody na ekshumację
zwłok/szczątków

- (**
- * Pozostały małżonek
 - * Krewny zstępny: syn / córka, wnuk /wnuczka, prawnuk / prawnuczka
 - * Krewny wstępny: ojciec / matka, dziadek / babcia, pradiadek / prababcia
 - * Krewny boczny do czwartego stopnia pokrewieństwa:
brat / siostra, siostrzeniec / siostrzenica, bratanek / bratanica, brat ojca / brat matki
siostra ojca / siostra matki, brat cioteczny / siostra cioteczna
 - * Powinowaty w linii prostej do pierwszego stopnia: teść / teściowa, zięć / synowa

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczałtków

mojego/mojej
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

pochowanej/pochowanego na.....
.....
(dokładna nazwa cmentarza)

i przewóz wydobytych zwłok/szczałtków na
(dokładna nazwa cmentarza)

Niniejszym upoważniam
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko wnioskodawcy)

do załatwienia wszelkich formalności w toku postępowania przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Miliczu o wydanie zezwolenia na ekshumację
mojego/mojej
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

Wnioskodawca własnoręcznym podpisem potwierdza prawidłowość podanych informacji
i bierze pełną odpowiedzialność prawną.

.....
(czytelny podpis członka rodziny)

Informacja!
Oświadczenie powinno być podpisane w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno –
Epidemiologicznej w Miliczu lub dostarczone z notarialnym potwierdzeniem podpisu.