

.....
(miejscowość, data)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starachowicach**

OŚWIADCZENIE

W związku z zamiarem dokonania ekshumacji / przewozu
zwłok / szczątków / urny z prochami *

.....
.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej, stopień pokrewieństwa w stosunku do składającego oświadczenie)
.....

.....
(data zgonu, nr aktu zgonu, miejsce pochowania)

Ja niżej podpisany(a)

.....
legitymujący się dowodem osobistym (*seria i nr dowodu osobistego*):
.....

wydany przez:
.....

zamieszkały(a):
.....

nr tel. kontaktowego

oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonanie ekshumacji.

Wnioskodawcą i osobą odpowiedzialną będzie :

.....
.....
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, miejsce zamieszkania)

.....
(data i podpis)

* właściwe zakreślić