

....., dnia

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....

.....

.....
(Adres zamieszkania)

Państwowy
Powiatowy Inspektor
Sanitarny w
Brzezinach

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana, oświadczam, że jestem

(Imię i nazwisko)

..... * zmarłej/zmarłego **

(Imię i nazwisko)

pochowanej/pochowanego** na

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze grób nr

i jako osoba uprawniona 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 do wystąpienia o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków**zmarłej/zmarłego**

.....
(Imię i nazwisko)

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na ekshumację zwłok zmarłej/zmarłego****

.....
(Imię i nazwisko)

i na ponowny pochówek na

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze grób nr

.....
(Czytelny podpis)

* wskazać stopień pokrewieństwa/powinowactwa

** właściwe podkreślić