##  Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Łęcznej

OŚWIADCZNIE Z DNIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię, nazwisko)
adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ współuprawniony/współuprawniona do złożenia wniosku o ekshumację oświadczam, że wyrażam zgodne na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko osoby ekshumowanej) będący/będąca wobec mojej osoby \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (stopień pokrewieństwa), z \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (miejsce aktualnego pochówku), na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (miejsce przyszłego pochówku), w celu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Powyższe oświadczenia składam po pouczeniu, że zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy w prowadzonym przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Łęcznej postępowaniu zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego).

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (czytelnie imię i nazwisko)