ZAŁACZNIK NR 1

 ……………………………………..

miejscowość i data

**Do**

 **Państwowego Powiatowego**

**Inspektora Sanitarnego**

**W Strzelinie**

 Zaświadcza się, że zwłoki/szczątki \* zmarłego/ej ……………………………………………..

 mogą być dochowane do grobu ziemnego/ grobowca\* NR……………… POLE……………..

na cmentarzu……………………………………………………………………………………………. data ostatniego pochówku w powyższym miejscu……………………………………………………..

 Jednocześnie potwierdzam, ze dysponentem prawnym grobu , w którym planowane jest dochowanie

 jest ………………………………………………………………………………………………………

 **imię i nazwisko**

legitymujący/a się dowodem osobistym NR……………………………………………………………

 **Zarządca Cmentarza**