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**