

OŚWIADCZENIE Z DNIA _____

Ja, niżej podpisany/podpisana _____ (imię, nazwisko)
adres: _____ współprawniony/współprawniona do złożenia
wniosku o ekshumację oświadczam, że wyrażam zgodę 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 oświadczenie składam po pouczeniu, że zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy w prowadzonym przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Parczewie postępowaniu zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego).

(czytelnie imię i nazwisko)