

.....
(miejsowość, data)

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

.....
Telefon

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że nie mam członków rodziny, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576) tj. małżonka, krewnych zstępnych, krewnych wstępnych, krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linii prostej do I stopnia, z którymi miałbym/miałabym* uzgodnić złożony/złożone* w dniu wniosek/wnioski* do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kościanie o wydanie zezwolenia na ekshumację mojej/mojego/moich*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Podpis oświadczającego)

* niepotrzebne skreślić