

.....
/ miejscowość, data /

.....
/ imię i nazwisko/

.....
/seria i numer dowodu osobistego/

.....
/organ wydający dowód osobisty, data ważności/

.....
/miejsce zamieszkania - adres /

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków

.....
.....
.....
/imię, nazwisko osoby zmarłej, data zgonu/

pochowanych na cmentarzu

.....
/adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane/

celem ich przeniesienia do grobu/kolumbarium znajdującego się na cmentarzu.....

.....
/adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione/

.....
/podpis składającego oświadczenie/