

Załącznik Nr 3 do wniosku o wydanie zezwolenia na dochowanie zwłok ludzkich

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer dowodu osobistego

.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie

Oświadczam, że jako wyrażam zgodę na
Stopień pokrewieństwa do osoby ekshumowanej

przeprowadzenie w dniu ekshumacji szczątków
Data ekshumacji

....., w celu dochowania zmarłego/
Imię i nazwisko osoby ekshumowanej

zmarłej w dniu
Data zgonu Imię i nazwisko osoby zmarłej

.....
Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności karnej, że **zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy** w prowadzonym przez Powiatową Stację Sanitarno - Epidemiologiczną w Oleśnicy postępowaniu administracyjnym, **zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3** zgodnie z art. 233 par.1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz. u. z 1997 roku, Nr 88, poz. 553 ze zm.).

.....
Data i czytelny podpis