

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
adres

.....
nr telefon

.....
nr dowodu osobistego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków zmarłego/ej**

.....
(imię i nazwisko zmarłego/ej, stopień pokrewieństwa)

przez

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

Zwłoki zostaną ekshumowane z cmentarza w

.....
(adres cmentarza/parafii)

na cmentarz w

.....
(adres cmentarza/parafii)

.....
(podpis oświadczającego)