………………….., dnia …………….

…………………………………………………

Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie

…………………………………………………  
…………………………………………………  
Adres zamieszkania

………………………………………………...  
…………………………………………………  
Seria i Numer dowodu osobistego oraz Organ wydający dokument

Państwowy Powiatowy

Inspektor Sanitarny

w Zgierzu

ul. A. Struga 23

95-100 Zgierz

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y …………………………………………………, oświadczam, że jestem

(Imię i Nazwisko)

………………………………..\* zmarłej/ zmarłego …………………………………………………..

(Imię i Nazwisko)

pochowanej/pochowanego na

……………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i Adres Cmentarza)

w kwaterze …………………………………………… grób nr ………………………………………..   
i jako osoba uprawniona na mocy art. 15 ust.1 pkt.1 w związku z art.10 ust.1 ustawy z dnia   
31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024r. poz. 576)  
do wystąpienia o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok / szczątków\*\* zmarłej/zmarłego

…………………………………………………………………………………………………...

(Imię i Nazwisko)

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na ekshumację zwłok/szczątków\*\* zmarłej/zmarłego

…………………………………………………………………………………………………...

(Imię i Nazwisko)

i na ponowny pochówek na

………………………………………………………………………………………..……….....

(Nazwa i Adres Cmentarza)

w kwaterze …………………………………………… grób nr ………………………………………….

…………………………….  
czytelny podpis

\* wskazać stopień pokrewieństwa/powinowactwa

\*\* niewłaściwe skreślić