

....., dnia

.....
(nazwa, dokładny adres i numer telefonu
właściciela/ zarządy cmentarza)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Świnoujściu
ul. Dąbrowskiego 4
72-600 Świnoujście**

ZGODA ZARZĄDCY – CZĘŚĆ B

Właściciel/Zarządca cmentarza
(podać nazwę, adres)

wyraża zgodę na ekshumację ludzkich zwłok/szczątków*

.....
(imię i nazwisko)

z Cmentarza Komunalnego w Świnoujściu przy ul.....
w celu ponownego pochowania na cmentarzu w miejscowości.....
przy ul.....

Miejsce ekshumacji

① Podać nazwę i adres cmentarza, nr alejki, nr kwatery-jeśli dotyczy na którym ma się odbyć ekshumacja zwłok lub szczątków.

① Podać rodzaj grobu poddawanego ekshumacji (murowany, ziemny, kolumbarium, Pojedynczy, głębinowy, rodzinny, rodzinny głębinowy)

① Podać imię i nazwisko oraz datę zgonu osób pochowanych w grobie poddawanych ekshumacji

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

*właściwe zaznaczyć