……………………………… ………………. , dnia …………

(imię i nazwisko) (miejscowość) (data)

………………………………

(ulica, nr domu/mieszkania)

………………………………

(kod pocztowy, miejscowość)

………………………………

(telefon)

………………………………

(dowód tożsamości: seria, numer, wydany przez)

………………………………

(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Udzielam pełnomocnictwa Panu/Pani………………………………….. legitymującemu/ej się dowodem osobistym nr………………………. wydanym przez……………………………….. zamieszkałego/ej ……….…………………………………………………………………….do załatwienia wszelkich formalności w postępowaniu administracyjnym prowadzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Policach, w sprawie ekshumacji dotyczącej zmarłej/go…………………………………………………………………… oraz do odbioru wszelkiej korespondencji.

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków zmarłego/łej……………………………….

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

pochowanego/ej na cmentarzu………………………………………………………………….

......................................................................................................................................................

(nazwa i adres)

i przeniesienie ich na cmentarz…………………………………………………………………

.....................................................................................................................................................

(nazwa i adres)

………………………………

 (data i czytelny podpis)

Podpis został złożony w obecności pracownika Powiatowej / Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w ……..................................... dnia……………………..

 (miejscowość)

……………………………………..

 Podpis i pieczątka pracownika