….………………… dnia……………………

 *miejscowość data*

…………………………………….

*imię i nazwisko członka rodziny*

…………………………………….

*adres zamieszkania*

…………………………………….

*nazwa i nr dokumentu tożsamości*

…………………………………….

*(PESEL)*

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na dokonanie ekshumacji i przewiezienie zwłok / szczątków ludzkich/ urny
z prochami \* zmarłego(ej) ……………………….……………………………………..…...….

 *(imię i nazwisko zmarłego/ej/łych, stopień pokrewieństwa, data zgonu)*

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

Zwłoki/szczątki/urna z prochami zostaną ekshumowane z cmentarza …………………………

…….………………………………………………………………………………….……….… *(adres cmentarza/parafii)*

i ponownie pochowane na cmentarzu …..…………………………………………….………...

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

*(adres cmentarza/parafii)*

……………………………………

*(podpis)*