

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko uczestnika)

.....  
(adres)

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny w Świdnicy  
ul. Wałbrzyska 15  
58-100 Świdnica**

Niniejszym, jako osoba uprawniona wskazana w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 576), wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków ludzkich

.....\*\*,  
tj. mojej/mojego\* .....\*\*\* zmarłej/zmarłego\* dnia .....  
w miejscowości ..... i popieram w całości wniosek  
o ekshumację złożony przez .....\*\*\*\*.

Ponadto udzielam pełnomocnictwa wnioskodawcy Pani/Panu\* .....  
.....zamieszkałej/mu pod adresem

.....  
do reprezentowania mnie we wszystkich instancjach przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w postępowaniu administracyjnym w sprawie o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok/szcątków\* ludzkich .....\*\*.

.....  
(czytelny podpis uczestnika/numer i seria dowodu osobistego)

**Objaśnienia:**

\* niewłaściwe skreślić

\*\* należy wpisać imię i nazwisko zmarłego, którego dotyczy wniosek o wyrażenie zgody na ekshumację

\*\*\* należy wpisać stopień pokrewieństwa pomiędzy uczestnikiem a zmarłym, którego dotyczy wniosek o wyrażenie zgody na ekshumację

\*\*\*\* należy wpisać imię i nazwisko osoby, która złożyła wniosek o wyrażenie zgody na ekshumację