…………………………………………………………………

(Miejscowość, data)

………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………….…

(ulica, nr domu/mieszkania)

………………………..…………………

(kod pocztowy, miejscowość)

………………………..…….……………

(telefon)

…………………………………..…….…

(dowód tożsamości: seria, numer, wydany przez)

………………………….…….…………

(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

…………………………….….……….…

(stopień pokrewieństwa w stosunku do mocodawcy1)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisana(y) udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu…………………………………….. zam. ………………………………………...…………………………… legitymującej(mu) się dowodem osobistym seria….... nr……….………………… wydanym przez …………………….. ………………………………. do reprezentowania mnie w postępowaniu administracyjnym prowadzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Obornikach w sprawie ekshumacji ….……………………………………………… Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje prawo do składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu, w tym zwłaszcza złożenia oświadczenia w przedmiocie wyrażenia zgody
na ekshumację oraz do odbioru wszelkiej korespondencji kierowanej do mnie przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Obornikach.

 ……………….…………………..

 (imię i nazwisko - czytelny podpis)

1 Osoba, której udzielane jest pełnomocnictwo.