

....., dnia

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....

.....

.....

(Adres zamieszkania)

Tel.:.....

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Łodzi

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana, oświadczam, że jestem

(Imię i nazwisko)

..... * zmarłej/zmarłego **

(Imię i nazwisko)

pochowanej/pochowanego**

na.....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze grób nr

i jako osoba uprawniona na mocy art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576)

do wystąpienia o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków** zmarłej/zmarłego**

.....

(Imię i nazwisko)

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na ekshumację zwłok zmarłej/zmarłego**

.....

(Imię i nazwisko)

i na ponowny pochówek na

.....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze grób nr

.....

(Czytelny podpis)

* wskazać stopień pokrewieństwa/powinowactwa

** właściwe podkreślić