**ZAŚWIADCZENIE ZARZĄDCY CMENTARZA NA EKSUMACJĘ ZWŁOK/SZCZATKÓW**

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa i adres)……………………………………………….. .

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

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków (imię, nazwisko, data pochówku)

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

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

na wniosek Pani/a ……………………………………………………………………………….

w celu ponownego pochowania na cmentarzu…………………………………………………..

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

skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Lubaczowie.

……………………………………….

 (data, pieczęć i podpis)