

....., dnia .....

## OŚWIADCZENIE

Pan(i).....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
Świadomy (a) odpowiedzialności za fałszywe zeznanie, stwierdzam zgodnie z art. 10, ust. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.), że jestem w stosunku do ekshumowanej/go.....  
(imię i nazwisko zmarłego, stopień pokrewieństwa)

.....  
i wyrażam zgodę na ekshumację.

W przypadku naruszenia dóbr w tym względzie innych osób, przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność z tego tytułu.

Podpis osoby składającej oświadczenie

\* oświadczenie należy podpisać w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łosicach lub dostarczone z poświadczeniem wiarygodności podpisu