***Załącznik do wniosku o zezwolenie na ekshumację***

………........................., **dnia** ……………….

**Imię, nazwisko:**…………………….....................................................................................

**Nazwisko rodowe, imiona rodziców:**……………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania:**...................................................................................................

.....................................................................................................................................

**Pesel:**……………………………………………………………………………………………………………………….

**Seria i nr dowodu osobistego:**………………………………………………………………………………..

**Numer telefonu:**…………………………………………………………………………………………………….

**Adres do korespondencji**:..........................................................................................

 **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pyrzycach ul. Młodych Techników 5a**

**74-200 Pyrzyce**

***OŚWIADCZENIE***

Oświadczam, że jako …………….......................................................................................jestem osobą uprawnioną,

**(stopień pokrewieństwa/powinowactwa w stosunku do osoby zmarłej)**

do współdecydowania o ekshumacji zwłok/szczątków zmarłego/ej:

............................................................................................................................................................

**(imię i nazwisko zmarłego/ej)**

pochowanego/ej na cmentarzu ...............................................................................................................................................................

**(miejscowość, ulica)**

i wyrażam zgodę na jej przeprowadzenie celem ponownego pochowania na cmentarzu

...............................................................................................................................................................

**(miejscowość, ulica)**

**Załącznik:**

1. Dokument potwierdzający pokrewieństwo/powinowactwo w stosunku do osoby zmarłej (tj. akt urodzenia/akt małżeństwa – kserokopia; oryginał do wglądu).

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

data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie