

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr dowodu osobistego:

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków
zmarłego/zmarłej z grobu
.....na Cmentarzu
..... w celu przeniesienia szczątków na
Cmentarz

.....

(data i podpis składającego oświadczenie)