

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

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

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
( Seria i numer dowodu osobistego  
wydanego przez)

Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Kutnie

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisana(y) ....., 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 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