

Konin, dnia .....

Imię i nazwisko:.....

Adres: .....

.....

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny w Koninie  
ul. Staszica 16  
62 – 500 Konin**

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem się z aktami sprawy ekshumacji szczątków  
.....,  
pochowanych na cmentarzu.....w .....,  
gm..... - w tym z zasadami właściwego przeprowadzenia  
ekshumacji., przewozu szczątków i ponownego pochówku - **i nie zgłaszam zastrzeżeń,  
a także nie wnoszę o uzupełnienie postępowania**

.....  
(własnoręczny podpis oświadczającego)