……………………………… ………………. , dnia …………

(imię i nazwisko) (miejscowość) (data)

………………………………

(ulica, nr domu/mieszkania)

………………………………

(kod pocztowy, miejscowość)

………………………………

(telefon)

………………………………

(dowód tożsamości: seria, numer, wydany przez)

………………………………

(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Udzielam pełnomocnictwa Panu/Pani………………………………….. legitymującemu/ej się dowodem osobistym nr………………………. wydanym przez……………………………….. do reprezentowania moich interesów w postępowaniu administracyjnym prowadzonym w sprawie ekshumacji …..…………………………………………………………………… i umocowuję do działania w moim imieniu Pana/Panią………………………………………...

oraz do odbioru wszelkiej korespondencji.

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków zmarłego/łej……………………………….

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

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

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

(nazwa i adres)

i przeniesienie ich na cmentarz…………………………………………………………………

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

(nazwa i adres)

………………………………

 (data i czytelny podpis)