………………………………………….

/ miejscowość, data /

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

/ imię i nazwisko/

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

/seria i numer dowodu osobistego/

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

/organ wydający dowód osobisty, data ważności/

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

/miejsce zamieszkania - adres /

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

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisany/a upoważniam ………………………………………..........................………………

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

/ imię, nazwisko, miejsce zamieszkania - adres /

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

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

/seria i numer dowodu osobistego, organ wydający, data ważności/

do występowania w moim imieniu i wykonywania wszelkich czynności w postępowaniu administracyjnym w sprawie o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków

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

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

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

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

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

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

* imię, nazwisko , data i miejsce urodzenia, data zgonu, nr aktu zgonu osoby zmarłej, adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane i adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione/.

W związku z udzieleniem upoważnienia oświadczam, że mam świadomość, iż wszelkie
pisma kierowane do mnie w powyższej sprawie będą doręczane ustanowionemu pełnomocnikowi.
Do pełnomocnictwa przedstawiam swój dowód osobisty / kserokopię dowodu do wglądu

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

/ podpis udzielającego pełnomocnictwa/