………………………………………………….

 (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………

Adres zameldowania……………………………………………………………………………………

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

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………….

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

PESEL………………………………………

Nr i seria dowodu osobistego ………………………………………………..

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej:

Dla osoby zmarłej jestem ……………………………………………………

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji szczątków / prochów

……………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

z cmentarza przy ul. ………………………………….w miejscowości ………………………………..

I ponowny pochówek na cmentarzu przy ul. ……………………………… w miejscowości ………….

……………………………………………

……………………………………

 (data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

Podpis został złożony w obecności pracownika Powiatowej / Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w ……..................................... dnia……………………..

 (miejscowość)

……………………………………..

 Podpis i pieczątka pracownika