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

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

 imię i nazwisko

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

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

 adres

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

 numer telefonu

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

 **w Wałbrzychu**

Dotyczy: zawiadomienia z dnia ……………………………………………………………,

znak: …………………………………………………………………………………………….

Informuję, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków\*

…………………………………………………………… i nie wnoszę dodatkowych wyjaśnień do wszczętego postępowania administracyjnego.

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

*data, czytelny podpis wnioskodawcy*

\* niepotrzebne skreślić