…………………………………, dnia ……………………………..

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

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

(imię, nazwisko)

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

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

(adres)

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

(tel. kontaktowy)

## Państwowy Powiatowy

 **Inspektor Sanitarny**

 **w Wałbrzychu**

## OŚWIADCZENIE O BRAKU INNYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO DECYDOWANIA W SPRAWIE EKSHUMACJI ZWŁOK LUB SZCZĄTKÓW LUDZKICH

Po zapoznaniu się z treścią art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach
i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) niniejszym oświadczam, **że brak jest innych członków rodziny, krewnych i powinowatych uprawnionych do decydowania w sprawie ekshumacji** zwłok/szczątków\*\* ………………………………………………………………………………………….

Zgodnie z art. 10 ust. 1 przytoczonej ustawy:

Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:

1) pozostały małżonek(ka);

2) krewni zstępni;

3) krewni wstępni;

4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa;

5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom
i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiążą.

\*\* niepotrzebne skreślić

………………………………………………

 (data, czytelny podpis)