

Załącznik

do wniosku o wydanie zgody na ekshumację
zwłok (szczątków)

.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

.....
Telefon

.....
Seria i nr dowodu osobistego

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że jako osoba uprawniona do pochówku zmarłej/go

.....
(imię nazwisko zmarłej/go, stopień pokrewieństwa w stosunku do oświadczającego)

wyrażam zgodę na załatwienie formalności związanych z ekshumacją ww. zmarłego przez

.....
(imię, nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Rawiczu, 63-900 Rawicz, ul. Wały J. Dąbrowskiego 2, zgodnie z ustawą dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).

.....
podpis oświadczającego