

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr dowody osobistego)

.....
(nr telefonu)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczałków.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

mojego(ej).....
(stopień pokrewieństwa)

z cmentarza.....
(nazwa i adres cmentarza)

Na wniosek Pana(i).....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Działdowie. Niniejszym upoważniam wnioskodawcę do reprezentowania mnie w postępowaniu w przedmiotowej sprawie przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Działdowie.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Informuję że znana jest mi treść wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok/szczałków ludzkich.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczałków złożonym na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590). Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)