…....., dnia ….....

OŚWIADCZENIE

Pan(i)….....
(imię i nazwisko)

….....
(adres zamieszkania)

….....

Świadomy (a) odpowiedzialności za fałszywe zeznanie, stwierdzam zgodnie z art. 10, ust. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590), że jestem w stosunku do ekshumowanej/go….....
(imię i nazwisko zmarłego, stopień pokrewieństwa)
.....
i wyrażam zgodę na ekshumację.

W przypadku naruszenia dóbr w tym względzie innych osób, przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność z tego tytułu.

Podpis osoby składającej oświadczenie

.....

* oświadczenie należy podpisać w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łosicach lub dostarczone z poświadczeniem wiarygodności podpisu