

.....
(miejscowość, data)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starachowicach**

OŚWIADCZENIE

W związku z zamiarem dokonania ekshumacji / przewozu zwłok / szczątków / urny z prochami *

.....
.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej, stopień pokrewieństwa w stosunku do składającego oświadczenie)

.....
(data zgonu, nr aktu zgonu, miejsce pochowania)

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko osoby wypełniającej oświadczenie)

legitymujący/a się dowodem osobistym
(seria i numer dowodu osobistego)

wydanym przez

numer PESEL

zamieszkały/a

numer telefonu kontaktowego

oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonanie ekshumacji.

Wnioskodawcą i osobą odpowiedzialną będzie:

Pan/Pani
.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, miejsce zamieszkania)

Ponadto upoważniam:

Pana/Panią
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującego/ą się dowodem osobistym
(seria i numer dowodu osobistego)

wydanym przez

numer PESEL

zamieszkałego/ą

**do reprezentowania mnie w postępowaniu administracyjnym, przyjmowania, podpisywania
i odbioru w moim imieniu korespondencji w sprawie dokonania ekshumacji / przewozu zwłok /
szczątków / urny z prochami.**

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)