

....., 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 2024 r. poz.576 z póź.zm.), 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