**ZAŚWIADCZENIE ZARZĄDCY CMENTARZA NA**

**POCHOWANIE EKSHUMOWANYCH ZWŁOK/SZCZĄTKÓW**

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa i adres)……………………………………………….. .

…………………………………………………………………………………………………...

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza…………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

zwłok/szczątków (imię i nazwisko)…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

na wniosek Pani/a………………………………………………………………………………

skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Lubaczowie.

……………………………………….

(data, pieczęć i podpis)