**Załącznik do wniosku - pełnomocnictwo**

………........................., dnia ……………….

**Imię, nazwisko** …………………….....................................................................................

**Nazwisko rodowe, imiona rodziców**………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**:...................................................................................................

.....................................................................................................................................

**PESEL**...........................................................................................................................

**Seria i nr dowodu osobistego**…………………………………………………………………………………

**Numer telefonu…………………………………………………………………………………………………..**

**Adres do korespondencji**:...........................................................................................

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pyrzycach ul. Młodych Techników 5a**

**74-200 Pyrzyce**

***PEŁNOMOCNICTWO***

Ja niżej podpisany / podpisana oświadczam, iż ustanawiam na swojego pełnomocnika w sprawie dotyczącej uzyskania zgody na przeprowadzenie ekshumacji szczątków / szczątków powstałych z spopielenia\*

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

**(imię i nazwisko osoby zmarłej)**

Pochowanej/go na cmentarzu …………………………………………………………………………………………………………………………………

**(adres cmentarza)**

w tym także do odbioru w moim imieniu wszelkiej korespondencji.

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

**(imię i nazwisko, adres pełnomocnika)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**(seria i numer dowodu osobistego, nr. telefonu, – pełnomocnika)**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.**

\* niepotrzebne skreślić

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

 data i czytelny podpis oświadczającego