Łańcut, dnia …………………….

……………………....……………………....

imię i nazwisko

……………………...…………………….....

 adres zamieszkania

……………………....……………………....

seria i nr dowodu osobistego/paszportu

# PAŃSTWOWY POWIATOWY

**INSPEKTOR SANITARNY**

**W ŁAŃCUCIE**

Proszę o wyrażenie zgody na przewóz zwłok/szczątków zmarłego/zmarłej..………………...

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

z miejscowości ………………………………………………………………………………………..

do miejscowości na odległość większą niż 60 km/poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej

(właściwe zakreślić)

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

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok mojego/mojej (stopień pokrewieństwa) ……………………………………………………………………………………….. zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Informacje dotyczące osoby zmarłej:

1. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………..
2. Ostatnie miejsce zamieszkania ……………………………………………………………….
3. Data i miejsce zgonu …………………………………………………………………………
4. Przyczyna zgonu: choroba niezakaźna/choroba zakaźna

(właściwe zakreślić)

Przewóz zrealizuje ……………………………………………………………………………………

samochodem …………………………………………… nr. rejestracyjny .….……………………..

na podstawie upoważnienie/pełnomocnictwa z dnia ………………………………………………....

 ..………………………………………. (czytelny podpis)

Załączniki:

- akt zgonu (ksero)

- świadectwo kremacji