……..…………………… ………………

*(miejscowość) ( data)*

……………………………… imię i nazwisko

……………………………… adres zamieszkania

………………………………

c.d. adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**członka najbliższej rodziny osoby zmarłej \*\***  **o wyrażeniu zgody na ekshumacją zwłok i transport\***

( **\*\*** *pozostałego małżonka, krewni wstępni, krewni zstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia*)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację i transport **\*** zwłok/szczątków mojej/mojego ………………………………………………………………………. z…...…………………………………………………………………………….…… do…………………………………………………………..…………………………

Wnioskodawca własnoręcznym podpisem potwierdza prawidłowość podanych informacji i bierze pełną odpowiedzialność prawną.

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

*(czytelny podpis członka rodziny)*

**\*** właściwe podkreślić