

Załącznik
do wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok (szczątków)

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

.....
Telefon

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja (imię i nazwisko)legitymujący(a) się dowodem osobistym (Seria i nr dowodu osobistego)oświadczam, że jako osoba uprawniona do pochówku zmarłej/go (imię nazwisko zmarłej/go, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłej/go) wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji w/w zmarłego przez (imię, nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pile zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922)

.....
podpis oświadczającego

Jednocześnie oświadczam, iż na podstawie art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960- Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2017 r. poz. 1257) zrzekam się z prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję w w/w sprawie oraz, że jestem świadomy, iż z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

.....
podpis oświadczającego