

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Dane osoby składającej oświadczenie:

Imię i nazwisko.....

Adres zameldowania.....

.....

Adres do korespondencji

.....

PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej:

Dla osoby zmarłej jestem

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji szczątków / prochów

.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

z cmentarza przy ul.w miejscowości

I ponowny pochówek na cmentarzu przy ul. w miejscowości

.....

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

Podpis został złożony w obecności pracownika Powiatowej / Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w dnia..... *

(miejscowość)

.....
Podpis i pieczęćka pracownika

* Jeżeli podpis nie został złożony w obecności pracownika Powiatowej / Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej należy załączyć notarialne poświadczenie podpisu.