…………………………… .…………........... dnia ………………r. Imię i nazwisko

……………………………

……………………………

Adres zamieszkania

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 Niniejszym oświadczam, że nie mam członków rodziny, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020r. poz. 1947) tj. małżonka, krewnych zstępnych, krewnych wstępnych, krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linii prostej do 1 stopnia, z którymi miałbym/

miałabym/ \* uzgodnić złożony/ złożone\* w dniu ……………..…………………………………………

wniosek/ wnioski \* do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gostyniu o wydanie zezwolenia na ekshumację mojej/mojego/ \* moich ………………………………………

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

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

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

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

 czytelny podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić