……………………………………

(miejscowość, data)

………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………….…

(ulica, nr domu/mieszkania)

…………………………………………

(kod pocztowy, miejscowość)

…………………………….……………

(telefon)

…………………………………..………

(dowód tożsamości: seria, numer, wydany przez)

…………………………………..………

(pesel)

……………………………….…………

(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

……………………………….…………

(stopień pokrewieństwa w stosunku do mocodawcy1)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisana(y) udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu………………………………….. zam. ………………………………………...…………………………… legitymującej(mu)   
się dowodem osobistym nr……………………..………seria……………….wydanym przez …………………….. ………………………………. do reprezentowania mnie w postępowaniu administracyjnym prowadzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego   
w Wągrowcu w sprawie ekshumacji ….…………………………………………………………

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje prawo do składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu, w tym zwłaszcza złożenia oświadczenia w przedmiocie wyrażenia zgody   
na ekshumację oraz do odbioru wszelkiej korespondencji kierowanej do mnie przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wągrowcu.

……………………………..

(czytelny podpis)

1 Osoba, której udzielone jest pełnomocnictwo.