………………………………………………

 *(miejscowość, data)*

……………………………………..

*(imię i nazwisko)*

*……………………………………………*

*(adres do korespondencji)*

*……………………………………………*

*(c.d. adres do korespondencji)*

*……………………………………………*

*(seria i nr dowodu osobistego)*

**O Ś W I A D C Z E N I E**

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację i transport zwłok/szczątków mojej/mojego

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

 ( pokrewieństwo, imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

z………………………………………………………………………………………………...

 (dokładna nazwa i adres cmentarza )

do………………………………………………………………………………………………...

 (dokładna nazwa i adres cmentarza)

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

………………………………………………….

 (czytelny podpis członka rodziny)