

....., dnia

.....
(Imię i nazwisko matki
małoletniego dziecka)

.....
(Adres zamieszkania matki
małoletniego dziecka)

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Łodzi

.....
(Imię i nazwisko ojca
małoletniego dziecka)

.....
(Adres zamieszkania ojca
małoletniego dziecka)

)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna
małoletniego dziecka)

.....
(Adres zamieszkania opiekuna
małoletniego dziecka)

Oświadczenie

Działając, jako przedstawiciele ustawowi/przedstawiciel ustawowy**, w imieniu
małoletniego syna/małoletniej córki**

.....
(Imię i nazwisko)

będącego/będącej**.....*

zmarłej/zmarłego.....

(Imię i nazwisko zmarłej/zmarłego**)

i na mocy art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o
cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2126, z późn. zm.)
uprawnionym/uprawnioną** do wystąpienia o wydanie zezwolenia na ekshumację
zwłok/szczałków** zmarłej/zmarłego**, wyrażamy zgodę/nie wyrażamy zgody** na
ekshumację zwłok/szczałków** zmarłej/zmarłego** w dniu

.....
(Data zgonu)

pochowanej/pochowanego** na

.....
.....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterzegrób nr.....
i na ponowny pochówek na

.....
.....

(Nazwa i adres cmentarza)

w kwaterze. grób nr

.....
(Czytelny podpis matki małoletniego dziecka)

.....
(Czytelny podpis ojca małoletniego dziecka)

.....
(Czytelny podpis opiekuna małoletniego dziecka)

*wskazać stopień pokrewieństwa/powinowactwa

** właściwe podkreślić