

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(imię, nazwisko wnioskodawcy)

.....
(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

.....
(adres zamieszkania)

Starosta Sokólski

ul. Marsz. J. Piłsudskiego

8

16-100 Sokółka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.), posiadam prawo do pochowania zwłok/ szczątków ludzkich/ szczątków powstałych ze spopielenia zwłok *)

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

.....
(czytelny podpis)

*) niepotrzebne skreślić