

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja..... niżej podpisana/y

legitymujący się dowodem osobistym seria ..... nr .....

wydanym przez..... dnia .....

zamieszkały w .....

upoważniam Pana (ią) .....

zamieszkałego w .....

legitymującego się dowodem osobistym seria ..... nr ..... wydanym

przez..... do działania w moim imieniu przed

Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w .....

w sprawie ekshumacji zwłok / szczątków

.....

urodzonej/ego w dniu ..... zmarłej/ego w dniu.....,

w celu przeniesienia zwłok / szczątków

z cmentarza w:

.....

na cmentarz

w.....

.....

(data i czytelny podpis)