

**Administrator Cmentarzy Komunalnych
Gmina Żary**

Żary, dnia

Oświadczenie o ekshumacji

Ja niżej podpisany

reprezentujący zakład pogrzebowy

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Cmentarzy Komunalnych na terenie Gminy Żary, znam obowiązujące przepisy dotyczące wykonywania prawidłowo ekshumacji i przepisy BHP, do których będę się stosował. Postępuję zgodnie z decyzją wydaną przez Państwowe Stacje Sanitarno – Epidemiologiczne. Ponoszę pełnoprawną odpowiedzialność za wykonanie ekshumacji. Zostałem poinformowany o obowiązku zgłoszenia daty rozpoczęciem prac jak i zakończeniu ekshumacji Administratorowi Cmentarzy.

.....
podpis

Decyzja ekshumacji nr

Wydana przez z dnia

z cmentarza

na cmentarz do grobu

Data wykonania ekshumacji