...., dnia .....200... r.
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

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 2017, poz. 912,1669) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków* ludzkich

……..
(imię i nazwisko zmarłego)

Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Legnicy (ochrona danych osobowych) – bip.sp-legnica.dolnyslask.pl

.....
(podpis)

*) niepotrzebne skreślić