

....., dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....

.....  
adres

.....  
numer telefonu

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Wałbrzychu**

dot: zawiadomienia z dn. .... l. dz. .... znak .....

Informuję, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków ..... i nie wnoszę dodatkowych wyjaśnień do wszczętego postępowania administracyjnego.

.....

*data, czytelny podpis wnioskodawcy*