

....., dnia

.....
imię i nazwisko

.....

.....
adres

.....
numer telefonu

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Wałbrzychu**

Dotyczy: zawiadomienia z dnia, L. dz., znak:

.....

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

.....
data, czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić