…………………………. …………………………..

(imię i nazwisko) (miejscowość i data)

………………………………..

(adres)

…………………………..

(telefon)

**Wójt Gminy Chodzież**

**ul. Notecka 28**

**64-8000 Chodzież**

Proszę o wyrażenie zgody na pochowanie zwłok/szczątków: ś.p ………………………………

data urodzenia ……………………………….. data zgonu ……………………………

w grobie rząd ……………. miejsce ……………, na Cmentarzu Komunalnym

w ………………………

Usługę pogrzebową wykonuje: ……………………………………………………………

………………………………………….

(czytelny podpis dysponenta grobu)

Załączniki:

1. Kserokopia aktu zgonu
2. ………………………..