ZAŁĄCZNIK NR 2 ……..... dnia: ……

Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
we Wrocławiu

Zaświadcza się, że ……

legitymujący /a się dowodem osobistym NR ……..……

jest dysponentem prawnym grobu ziemnego / grobowca* NR ……..…..….POLE…..……..

na cmentarzu ……..……..

gdzie pochowane są zwłoki /szczątki* :

1. ……..
imię i nazwisko osoby zmarłej data urodzenia data zgonu

2. ……..
imię i nazwisko osoby zmarłej data urodzenia data zgonu

Zarządca Cmentarza

* niepotrzebne skreślić