

Formularz 4. Zrzeczenie się ochrony swoich uprawnień na rzecz dysponenta przez osobę posiadającą prawo do grobu.

Imię i nazwisko	
Ulica i nr. domu	
Kod i miasto	
Telefon	
Mail	

Miejscowość	Data

**Proboszcz
Parafii pw. Narodzenia NMP
w Dąbrowicy**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zrzekam się ochrony swoich uprawnień (ekshumacja, przebudowa grobu, dochowanie, postawienie nagrobka, dysponowanie grobem), stanowiących prawo do grobu: sekcja ___ rząd ___ nr ___ na cmentarzu parafialnym w Dąbrowicy.

W grobie tym pochowani są:

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pokrewieństwo wobec osoby zrzekającej się ochrony swoich uprawnień</i>

Wyrażam zgodę, aby dysponentem w/w grobu został(a):

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pokrewieństwo wobec osoby zrzekającej się ochrony swoich uprawnień</i>

Jestem świadomy(a), że cała najbliższa rodzina osób pochowanych zachowuje prawo do w/w grobu.

Jednocześnie oświadczam, że ponoszę wszelką odpowiedzialność wobec rodziny dotychczasowego dysponenta oraz rodziny osób pochowanych w w/w grobie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów zarządzania cmentarzem.

Podpis