…..…..………………………

(miejscowość, data)

 **Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny**

 **w Strzelcach Opolskich**

 **ul. Piłsudskiego 20**

 **47-100 Strzelce Opolskie**

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich zwłok/szczątków (prochów)\***

|  |
| --- |
| **1. Dane Wnioskodawcy** |
| Imię i nazwisko |  |
| Seria i nr dowodu osobistego |  |
| Telefon |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

|  |
| --- |
| **2. Adres zamieszkania Wnioskodawcy** |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |
| --- |
| **3. Adres do korespondencji Wnioskodawcy** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |
| --- |
| **4. Stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej\*** |
| Małżonek | mąż/żona |
| Krewny zstępny | syn/córka/wnuk/wnuczka/prawnuk/prawnuczka |
| Krewny wstępny | ojciec/matka/dziadek/babcia/pradziadek/prababcia |
| Krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa | brat/siostra/siostrzeniec/siostrzenica/bratanek/bratanica/brat ojca/brat matki/siostra ojca/siostra matki/kuzyn/kuzynka |
| Powinowaty w linii prostej do 1 stopnia | teść/teściowa/zięć/synowa |
| Inna osoba (jaka?) |  |

|  |
| --- |
| **5. Dane pełnomocnika** (jeżeli jest ustanowiony w sprawie)  |
| Imię i Nazwisko |  |

|  |
| --- |
| **6. Dane osoby zmarłej**  |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Data i miejsce zgonu |  |
| Przyczyna zgonu\* | Choroba zakaźna/choroba niezakaźna |
| Rodzaj choroby zakaźnej |  |

|  |
| --- |
| **7. Miejsce aktualnego pochówku** (przed ekshumacją) |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |
| Rodzaj grobu\* | Grób ziemny/grób murowany/ rodzinny/ katakumby/ kolumbaria/ inny….. |

|  |
| --- |
| **8. Miejsce przyszłego pochówku** (po ekshumacji) |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |
| Rodzaj grobu\* | Grób ziemny/grób murowany/ rodzinny/ katakumby/ kolumbaria/ inny….. |

|  |
| --- |
| **9. Termin przeprowadzenia ekshumacji** |
| Od: | Do: |

|  |
| --- |
| **10. Firma przeprowadzająca ekshumację** (nazwa i adres) |
|  |

|  |
| --- |
| **11. Uzasadnienie wniosku** (powód ekshumacji) |
|  |

|  |
| --- |
| **12. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację. Podpisy osób uprawnionych** |
| A. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| B. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| C. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| D. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |

|  |
| --- |
| **13. Podstawa prawna** |
| Art. 10 ust.1 i art. 15 ust.1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych |

|  |
| --- |
| **14. Załączniki** |
| 1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik |
| 2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne) wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon  |
| 3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku |
| 4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji |
| 5. W przypadku braku podpisów wszystkich pozostałych osób uprawnionych wymienionych w pkt 12 należy przedłożyć pisemne oświadczenia z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli |
| 6. Ksero odpisu skróconego aktu zgonu (oryginał do wglądu) |
| 7. Inne  |

|  |
| --- |
| **15. Oświadczenie** |
| Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumacje zwłok/prochów oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dla klientów Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Strzelcach Opolskich dot. RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na użytek prowadzonego postępowania.  |

……….………………………………….. (data i podpis wnioskodawcy)

**Klauzula informacyjna dla klientów**

**Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Strzelcach Opolskich**

 **Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO**

**I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku**

**z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz**

**uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) – dalej**

**"Rozporządzenie", informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Strzelcach Opolskich z siedzibą w Strzelcach Opolskich**, **ul. Piłsudskiego 20, 47-100 Strzelce Opolskie.**

2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować drogą komunikacji elektronicznej za pomocą adresu: **sekretariat.psse.strzelceop@sanepid.gov.pl**lub osobiście w siedzibie administratora danych osobowych.

3. Pani/Pana dane osobowe **będą przetwarzane w zakresie wypełnienia obowiązku prawnego**

**ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia**, wynikającego

z: ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. - Dz.U. z 2024r., poz. 416) oraz innych przepisów prawa w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru

sanitarnego.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.

5. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych,

a także prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.

6. Dane Pani/Pana będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, a po tym czasie

przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy

Rozporządzenia.

8. Nie przysługuje Pani/Panu:

− w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

− na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych,

**gdyż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku**

**prawnego ciążącego na administratorze.**

9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym

w przepisach.

10. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora na podstawie Rozporządzenia nie podlegają

zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu, o którym mowa w art. 22

ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

…..……………………………………

 Czytelny podpis