

....., dnia .....  
(miejsowość)

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Mławie**

**WNIOSEK  
o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok/szczałków ludzkich z terytorium  
Rzeczypospolitej Polskiej**

**I. Dane dotyczące zmarłej/go:**

1. Imię (Imiona) i nazwisko .....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Ostatnie miejsce zamieszkania .....
5. Data i miejsce zgonu .....
6. Miejsce, z którego zwłoki/ szczątki ludzkie zostaną przewiezione .....
7. Miejsce przyszłego pochówku .....

**II. Dane dotyczące środka transportu, którym będą przewożone zwłoki/ szczątki ludzkie:**

1. Środek transportu (rodzaj) .....
2. Nr rejestracyjny środka transportu \* .....
3. Nazwa firmy pogrzebowej \* .....

**III. Dane dotyczące wnioskodawcy:**

1. Imię (Imiona) nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Adres do korespondencji .....
4. Numer telefonu .....
5. Numer i seria dowodu osobistego .....
6. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym .....

\* Podać w przypadku środka transportu firmy pogrzebowej

**IV. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię nazwisko, adres zamieszkania, nr i seria dowodu, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej):**

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na wywóz zwłok/ szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

.....  
(imię/imiona i nazwisko zmarłego)

niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2126) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: 1) pozostały małżonek, 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego)**

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Akt zgonu lub inny dokument stwierdzający zgon.
2. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym).
3. Dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki/ szczątki ludzkie mają być pochowane.
4. Dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki/ szczątki ludzkie mają być przewożone.