



Rzeczpospolita Polska

Państwowy Powiatowy Inspektor  
Sanitarny we Wrześni  
ul. Słowackiego 2  
62-300 Września

Adnotacje urzędu

## Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich

zwłok       szczątków       szczątków powstałych ze spopielenia zwłok

### 1. Instrukcja wypełnienia dokumentu

1. Wniosek złoż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub do państwowego granicznego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu.
2. WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI.
3. Pola wyboru oznaczaj  lub .
4. Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**.

### 2. Dane wnioskodawcy

#### 2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy

Imię i nazwisko  
stopień  
pokrewieństwa

Numer dowodu osobistego

Pesel

#### 2.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

#### 2.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy (dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

**2.4. Dane pełnomocnika** (podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)

**2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** (jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj jego adres)

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

**3. Treść wniosku**

**3.1. Uzasadnienie** (podaj powód ekshumacji)

**3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej**

Imię i nazwisko

Miejsce urodzenia

Data urodzenia

Miejsce zgonu

Data zgonu

Przyczyna zgonu

Choroba niezakaźna

Choroba zakaźna

Rodzaj choroby zakaźnej

Miejsce pochowania przed ekshumacją

**i** Podaj nazwę i adres cmentarza.

Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji.

Pojedynczy

Podwójny

Głębiny

Ziemny

Murowany

Katakumby

Inny

Czy w grobie z którego ma być dokonana ekshumacja pochowane są inne osoby

Tak <input type="checkbox"/>	Liczba pochowanych <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
------------------------------	---	------------------------------

Data pochowania

Miejsce pochowania po ekshumacji

<sup>i</sup> Podaj nazwę i adres cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki oraz rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczątki: nowy grób ziemny, murowany, inny.

Data ekshumacji

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację

Środek transportu (dane dotyczące środka transportu i podmiotu transportującego zwłoki/szczątki)\*, nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami

### 3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację

Pozostali uprawnieni

---

Pozostali uprawnieni

<sup>①</sup> Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny).

#### 4. 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

#### 5. Załączniki

---

1. Akt zgonu.
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, węglik, 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. Zgoda zarządcy cmentarza na ekshumację zwłok/szczątków.
4. Zgoda zarządcy cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków.
5. Oświadczenie, że wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny.
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
7. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.

Inne załączniki:

#### 6. Data i podpis wnioskodawcy

---

Data   -   -

<sup>①</sup> DD-MM-RRRR

Podpis

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj.: **pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia** którym art. 15 ust. 1, pkt. 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887, z późn. zm.) przyznaje prawo do pochowania zwłok i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz że 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 oraz zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Wrześni.

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (numer telefonu, adres e-mail\*) przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną we Wrześni z siedzibą w: 62-300 Września, ul. Słowackiego 2 wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE we Wrześni – petent.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, ale cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.

.....  
*(czytelny podpis)*

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/76/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119, s. 1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna we Wrześni z siedzibą przy ulicy Słowackiego 2, 62-300 Września
2. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez:  
Adres e-mail: [iod.psse.wrzesnia@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.wrzesnia@sanepid.gov.pl) lub pisemnie na adres: Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna we Wrześni, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przepisów wykonawczych.
4. Odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa.
5. Pani/Pana dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych określonych w zał. Nr 3 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18.01.2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania:
  - dostępu do treści swoich danych osobowych,
  - sprostowania swoich danych osobowych,
  - poprawiania swoich danych osobowych
  - ograniczenie przetwarzania swoich danych, chyba że wynika ono z przepisów prawa,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych,
  - usunięcia danych, w zakresie takim na jaki pozwalają przepisy prawa.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją nie podania wymaganych danych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

ZGODA ZARZĄDCY CMENTARZA  
NA EKSHUMACJĘ ZWŁOK/SZCZĄTKÓW\*

Właściciel/zarządca cmentarza.....  
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\* .....  
(imię i nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

w celu ponownego pochowania na cmentarzu .....  
(data, pieczęć i podpis)

ZGODA ZARZĄDCY CMENTARZA  
NA POCHOWANIE EKSHUMOWANYCH ZWŁOK/SZCZĄTKÓW\*

Właściciel/zarządca cmentarza.....  
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków\* .....  
(imię i nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

na cmentarzu .....  
(data, pieczęć i podpis)

\* - niepotrzebne skreślić