



Rzeczpospolita Polska

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Koninie
ul. Staszica 16
62-510 Konin

Adnotacje urzędu

Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich

zwłok

lub

szczątków

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

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

Liczba pochowanych

Nie

Data pochowania

Miejsce pochowania po ekshumacji

--

① 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

Stopień pokrewieństwa
wnioskodawcy z osobą zmarłą

--

Pozostali uprawnieni

--

① 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, 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. Zgoda zarządcy cmentarza na ekshumację zwłok/szczątków.

4. Zgoda zarządcy cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków.

6. Oświadczenie, że wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny.

7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

8. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.

Inne załączniki:

6. Data i podpis wnioskodawcy

Data - -
① DD-MM-RRRR

Podpis

--

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)

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 w Koninie.

.....
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 w Koninie z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 16 wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – 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.

niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn. zm.) zwanego dalej „RODO” informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Koninie będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie, z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 16 NIP 665 17 43 952; REGON: 00077818800024 e-mail: sekretariat.psse.konin@sanepid.gov.pl ePUAP – adres skrytki: [/PSSE-Konin/skrytka](#) lub [/PSSE-Konin/skrytkaESP](#)
2. Dyrektor PSSE w Koninie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz realizacji praw związanych z przetwarzaniem danych w następujący sposób: e-mailem: iod.psse.konin@sanepid.gov.pl listownie: na adres siedziby administratora danych.
3. Państwa dane osobowe (numer telefonu, adres e-mail) przetwarzane będą *w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent – na podstawie Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych* (podstawa przetwarzania: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Dane osobowe przetwarzane będą do chwili realizacji zadania, do którego dane osobowe zostały zebrane a następnie, przez okres przewidziany dla archiwizacji dokumentów zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.) lub do czasu cofnięcia zgody.
6. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. 8. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego celu.
10. Państwa dane osobowe nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.