Sochaczew, dnia ..................

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Sochaczewie**

**ul. Romualda Traugutta 18**

**96-500 Sochaczew**

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków/szczątków**

**po spopieleniu zwłok\***

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczątków/szczątków po

spopieleniu zwłok\*………………………………….............................................................................

(imię, nazwisko osoby ekshumowanej)

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok / szcz**ą**tków/** **szczątków po spopieleniu zwłok\*:**

(dane wnioskodawcy)

nazwisko: ...............................................................................................................................................

imię lub imiona: .....................................................................................................................................

adres zamieszkania: ...............................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………............

telefon …………………………… e-mail: ………………………..…………………………………

dowód tożsamości (numer, seria, wydany przez): .................................................................................

................................................................................................................................................................

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……….……………………….............……………………..

**Uzasadnienie pro**ś**by o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

………………………………………………………………………………………………...…….……………………………………………………………………………………………........................

**Oświadczam, że oprócz mnie** **osobami posiadającymi prawo do współdecydowania   
w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.   
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 576) są:**

**1. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**2. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**3. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**4. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**5. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**6. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację zwłok/ szczątków/prochów niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust.1, w związku z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.   
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 576)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.

**Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji**

**…………………………………………………………………………………………………………**

(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)

**Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.**

***W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.***

**2. Dane osoby zmarłej:**

nazwisko:......................................................................................................................................

imię lub imiona:…………………………………………………………………………………

nazwisko rodowe:……………………………………………………………………………….

data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………...……………

data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\* wymienionej   
w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. 2001 nr 152, poz. 1742) -** \*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

**3. Miejsce, w którym odbędzie się** **ekshumacja zwłok****/ szczątków****/ szczątków po** **spopieleniu zwłok\***

………………………………………………………………………………………………….

(nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza)

…………………………………………………………………………………………………….......

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok/szczątków/****szczątków po** **spopieleniu zwłok****\*** ….………………………………………………………..................................................................

(nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza)

……………………………………………………………………………………………………...

**5.** **Prawny właściciel grobu do którego zostanie wykonany pochówek po przeniesieniu zwłok/ szczątków/ szczątków po spopieleniu zwłok\* wyraża zgodę**

………………………………………………………………………………………………………..

(prawny właściciel grobu – czytelny podpis*)*

**6. Data wykonania ekshumacji** ……………………………………godzina………………………

(dd,mm,rr)

**7. Firma przeprowadzającą ekshumację**………………………………………………………

(podpis czytelny, pieczątka firmy potwierdzająca)

………………………………………………………………………………………………………………………………

**8.Firma dokonująca transportu ekshumowanych zwłok/szczątków:** ……………………………

(pieczątka firmy potwierdzająca)

………………………………………………………………………………………………………………………………

**9. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki** ………………………

(nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami)

…………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

* **Treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać   
  w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.**
* **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 RODO. Podanie tych danych jest dobrowolne. Brak tych danych osobowych uniemożliwi szybki kontakt   
  z Panią/Panem, a tym samym wydłuży czas załatwienia sprawy.**

............................................................................................

data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka podmiotu)

………..………......................................................................

podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

**Art. 233**

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym, lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym. (…)

§ 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

\* niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA!**

1.Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno -Epidemiologicznej w Sochaczewie lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- Oświadczenia każdej osoby posiadającej uprawnienia do współdecydowania w sprawie ekshumacji zwłok/ szczątków/ szczątków po spopieleniu zwłok,

- Kopia aktu zgonu

- Kopia dokumentu dotycząca dokonania kremacji,

- Zaświadczenia wydane przez zarządcę/ców cmentarza/y wyrażających zgodę na ekshumację zwłok/ szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok.

- Wniosek powinien być podpisany w każdym wymaganym miejscu.

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH - informacja dotycząca przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z 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 przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sochaczewie reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym   
   z siedzibą: ul. Romualda Traugutta 18, 96-500 Sochaczew, tel. (46) 8622266, adres e-mail: [sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl)
2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie

z siedzibą: ul. Romualda Traugutta 18, 96-500 Sochaczew, tel. (46) 8622266, adres e-mail: [iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl)

1. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c. e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
2. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
3. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
4. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.
6. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upłynięciem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.
9. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.........................................................................................................

*data i czytelny podpis wnioskodawcy*

**Zaświadczenie dla zarządcy cmentarza wyrażające zgodę na ekshumację zwłok/ szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\* ( dot. w obrębie jednego cmentarza)**

Właściciel /zarządca cmentarza………………………………………………....................................

(nazwa, adres)

………....……………………………………………………………………………………….……...

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\*

ś.p………..……………………………………………..........................................................................

(imię nazwisko)

pochowanej/go w kwaterze ………………………..............................................................................

w celu ponownego pochowania do grobu w kwaterze………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

………………………….………………………………

(data, pieczęć i podpis zarządcy)

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH - informacja dotycząca przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z 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 przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1.Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sochaczewie reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą: ul. Romualda Traugutta 18, 96-500 Sochaczew, tel. (46) 8622266, adres e-mail: [sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl),

2.Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie

z siedzibą: ul. Romualda Traugutta 18, 96-500 Sochaczew, tel. (46) 8622266, adres e-mail: [iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl)

3.Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c. e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia   
31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

4.Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

5.Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6.Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie.

7.Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.

8.Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upłynięciem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sochaczewie okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia   
do ich przetwarzania.

9.Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

10.Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.

11.Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

………………………………………….

Data i czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić

**Zaświadczenia dla zarządców cmentarzy wyrażających zgodę na ekshumację zwłok/ szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\* (dot. przeniesienia z cmentarza na inny cmentarz)**

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

………....………………………………………………………………..…….……………………….

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\*

ś.p………..……………………………………………..........................................................................

(imię nazwisko)

pochowanej/go w kwaterze ………………………..............................................................................

……………………………………………….……….

(data, pieczęć i podpis zarządcy)

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

………....………………………………………………………………..…….……………………….

wyraża zgodę na ponowne pochowanie zwłok/szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\*

ś.p………..……………………………………………..........................................................................

(imię nazwisko)

do grobu w kwaterze…………………………………………………………………………………..

……………………………………………….……….

(data, pieczęć i podpis zarządcy)

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE dla każdej osoby posiadającej prawo do współdecydowania   
w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków/ szczątków po spopieleniu zwłok\***

Imię i Nazwisko :………………………………………………………………………………………………..

(stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

Adres zamieszkania : ……………………………………………………………………………………………

Dowód tożsamości :…………………………………………………………………………………………….

(numer, seria)  
Telefon kontaktowy, adres e-mail……………………………………………………………………………….

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\*/szczątków

po spopieleniu zwłok………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)

z grobu……………………………………………….na Cmentarzu (adres)…………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………...

w celu przeniesienia na Cmentarz(adres)………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………...

**Niniejszym upoważniam**

…………………………………………………………………………………………………………  
(imię, nazwisko, adres pokrewieństwo) do załatwienia wszelkich formalności w toku postępowania przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Sochaczewie o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków/szczątków po spopieleniu zwłok\*

.……………………………………………………………………………........................................  
(imię i nazwisko osoby ekshumowanej, pokrewieństwo)

**Ochrona Danych Osobowych - Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art.14 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 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, dalej jako Rozporządzenie):

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sochaczewie, ul. Romualda Traugutta 18, 96 -500 Sochaczew, adres e-mail: [sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl), nr tel. (46)8622266

2.Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest wyznaczony pracownik PSSE w Sochaczewie z siedzibą: ul. Romualda Traugutta 18, 96 - 500 Sochaczew, nr tel. (46) 8622266, adres e-mail: [iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.sochaczew@sanepid.gov.pl)

**Dane osobowe są przetwarzane w celu:**

1.Ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych;

2.Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 416) ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U.2024 r. poz.576)

3.Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 24 maja 2018 roku.

4.Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu 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.

5. Ponadto Administrator Danych, zgodnie z art. 24 ust. 1 Rozporządzenia, stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Wyjątkiem od przywołanej powyżej zasady nieudostępnionych danych, jest prawo przysługujące stronie (stronom) postępowania administracyjnego na mocy art.73§1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz .U z 2024 r. poz. 572). Na mocy przywołanego przepisu, *Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania.* Realizacja wskazanego uprawnienia może prowadzić do udostępnienia danych osobowych stron i innych uczestników postępowania.

**Wnioskodawca własnoręcznym podpisem potwierdza prawidłowość podanych informacji i bierze pełną odpowiedzialność prawną.**

………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić (czytelny podpis członka rodziny)