|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**  |  |  |
| **w** |  |
|  |
|  |  |
|  |
| **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich**  |
|  | **zwłok lub** |  | **szczątków** |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** |
| 1. | Wniosek złóż 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej |  |  |
|  | **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  |  |
|  |  |  |
|  | **2.4. Dane pełnomocnika** *(podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)* |
| Imię i nazwisko |  |
|  | **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. Przeprowadzający ekshumację i jej terminu**

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | **3.2. Uzasadnienie** *(podaj powód ekshumacji)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **3.3. 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 |  |
|  |
| Miejsce pochowania po ekshumacji |  |
|  |  *Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.* |
|  |
|  |
|  | **3.4. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację**  |
|  |  |
|  |  |
| Pozostali uprawnieni  |  |
|  |  |
|  |  *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. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku** |
| **3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji** **4. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik****5. 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** |
|  |
| **6. Data i podpis wnioskodawcy** |
|  |  |  |
| Data |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  *DD-MM-RRRR* |
| Podpis |  |