

....., dnia

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Świnoujściu

ul. Dąbrowskiego 4

72-600 Świnoujście

Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewóz ludzkich zwłok lub szczątków

1. Instrukcja wypełnienia dokumentu

1. WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI.

2. Dane wnioskodawcy

2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy

Imię/imiona i nazwisko
Nazwisko rodowe
Stopień pokrewieństwa
wnioskodawcy z osobą zmarłą
Dla osoby zmarłej jestem
Nr dowodu osobistego/
wydanego przez
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 (podać, jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika)

Imię i nazwisko

--

2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy (jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika, to podać 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/imiona i nazwisko										
Nazwisko rodowe										
Miejsce urodzenia	Data urodzenia	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Miejsce zgonu	Data zgonu	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Miejsce pochowania przed ekshumacją										
Miejsce pochowania po ekshumacji										
	<p>① Podać zarówno nazwę i adres cmentarza, nr alejki, nr kwatery-jeśli dotyczy na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.</p> <p>① Podać rodzaj grobu poddawanego ekshumacji (murowany, ziemny, kolumbarium, Pojedynczy, głębinowy, rodzinny, rodzinny głębinowy)</p>									
Termin planowanej ekshumacji										
Firma przeprowadzająca ekshumację										
Przyczyna zgonu										
	<p>① Podać w przypadku gdy ekshumacja będzie dokonywana przed upływem 2 lat od daty zgonu</p>									
Rodzaj środka transportu, w którym zwłoki/szczałki po ekshumacji zostaną przewiezione marka, nr rejestracyjny samochodu										
Czy wydobyte zwłoki/szczałki po ekshumacji zostaną poddane kremacji										

① Wpisać TAK lub NIE

① W przypadku odpowiedzi twierdzącej wpisać nazwę i adres krematorium

3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

Pozostali uprawnieni

(osoby posiadające prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 ust 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych – t. j. Dz. U. z 2019r. poz. 1473- zmarłego małżonek/małżonka; ojciec, matka, dziadkowie, babcie; pradziadkowie; prababcie; córki, synowie, wnuczki, wnuki, prawnuczki, prawnuki, praprawnuczki, praprawnuki, siostry, bracia, siostrzenice, siostrzeńcy, bratanice, bratankowie, córki i synowie siostrzenic, siostrzeńców, bratanic i bratanków, teść, teściowa, synowa, zięć, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica

① Obowiązkowe wypełnienie - załącznik Nr 2 - Oświadczenie osoby uprawnionej - innej niż wnioskodawca - do ekshumacji i pochowania zwłok/szczątków

4. Oświadczenie wnioskodawcy

Jako uprawniony/a do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich zwłok lub szczątków niniejszym oświadczam, że we wniosku podani zostali wszyscy członkowie rodziny, którym na mocy 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 1473) przyznaje prawo do pochowania zwłok a w szczególności pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa oraz powinowaci w linii prostej do 1 stopnia

.....
(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)

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

Treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich wymogów i warunków obowiązujących przy ekshumacji określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świnoujściu

5. Załączniki

1. Akt zgonu

2. Oświadczenia osób uprawnionych do ekshumacji i pochowania zwłok / szczątków (nie dotyczy wnioskodawcy)

3. Dokument o przyczynie zgonu (wykluczenie choroby zakaźnej) w przypadku gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata – oryginał / poświadczona za zgodność z oryginałem kopia.

4. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik

5. Zgody zarządców cmentarzy


6. Inne załączniki:

5. Data i podpis wnioskodawcy

Data - -

 DD-MM-RRRR

Podpis

 czytelny, własnoręczny podpis osoby składającej wniosek

6. 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

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW PRAWA:

Klauzula informacyjna do wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i sposobie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) zwanym dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Świnoujściu jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Świnoujściu
2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu przetwarza dane osobowe w celu realizacji swojego ustawowego zadania i ciężącego obowiązku prawnego, który jest realizowany w interesie publicznym tj. wydanie zezwolenia na ekshumację i transport zwłok lub szczątków ludzkich, na podstawie obowiązku z art. 15 ust. 1 pkt. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych- podstawa prawna przetwarzania z art. 6 ust. 1 lit. c RODO
3. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu przetwarza dane osobowe na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach i na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 2 i 3 Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być tylko podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, o których mowa w pkt. 3
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 2 i 4, nie dłużej niż 5 lat po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym zostały pozyskane dane
6. W związku z przetwarzaniem przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Świnoujściu danych w celach i na podstawie przepisów prawa wskazanych w pkt. 2 i 3 przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
7. Jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie danych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Świnoujściu naruszają przepisy RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do realizacji wydania wniosku na ekshumację zwłok (art. 15 ust 1 pkt. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych), jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji zgody na przeprowadzenie ekshumacji.
9. Informacje kontaktowe Inspektora Ochrony Danych **Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Świnoujściu** e-mail: **psse.swinoujscie@sanepid.gov.pl**