

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

....., dnia .....

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Zwoleniu  
ul. Bogusza 37  
26-700 Zwolen**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczałków\* zmarłego(ej) .....zgodnie z poniższym wnioskiem.

### **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczałków\***

#### **1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków**

*(dane wnioskodawcy):*

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

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

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

#### **Uzasadnienie prośby 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947) 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)

.....

**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. Nr 152, poz. 1742).**

**3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....**

.....

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....**

.....

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami):.....**

.....

6. Data ekshumacji:.....

**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.**

.....  
*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)*

.....  
*data przyjęcia wniosku*

.....  
*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 od 6 miesięcy do lat 8.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5..
- § 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 za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.
- (...)
- § 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

\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

**INFORMACJA!**

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

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- zgody zarządców cmentarzy.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zwoleniu (adres: ul. Bogusza 37, 26-700 Zwolen sekretariat: tel./fax: 48 676 23 12, e-mail: [sekretariat.psse.zwolen@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.zwolen@sanepid.gov.pl)).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania zezwolenia na ekshumację i transport zwłok lub szczątków ludzkich, (art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. i RODO) w zw. z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338 z późn. zm.) i z art. 15 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ( Dz.U. 2023 r. poz. 887 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 z późn. zm.).
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat.
- 5) Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Przetwarzanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoby, których dane dotyczą są zobowiązane do ich podania. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia administratora i przetwarzającym je na polecenie tego podmiotu. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych oraz usługodawcom z zakresu doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa - Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojewódzie Mazowieckiemu, podmiotom leczniczym, uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

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

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

.....  
w celu ponownego pochowania na cmentarzu w.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)

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

.....  
wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....

w.....

zwłok/szczątków\* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*):.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)