|  |  |
| --- | --- |
| Państwowy Powiatowy/Państwowy  Graniczny Inspektor Sanitarny | SYMBOL/00/00 / Adnotacje urzędu |
| w |  |
|  |
|  |
|  |



Rzeczpospolita Polska

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich**

**zwłok lub szczątek**

**1. Instrukcja wypełnienia dokumentu**

1. Wniosek złóż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub do państwowego granicznego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu.

|  |  |
| --- | --- |
| 2.  3. | WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI. |
| Pola wyboru oznaczaj .    lub |
| 4.    **2. Dane wnioskodawcy** | Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**. |

**2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy**

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer dowodu osobistego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel

**2.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy**

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |

Nr domu

**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)*

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

-

**. Treść wniosku**

**3**

**3.1**

**.**

**Uzasadnienie**

*(*

*podaj powód*

*ekshumacji)*

|  |
| --- |
|  |

**3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej**

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Data urodzenia |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

Miejsce urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Data zgonu |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

Miejsce 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.*

**3.3. Dane dotyczące firmy pogrzebowej przeprowadzającej ekshumację**

|  |
| --- |
|  |

Nazwa firmy

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |

**3.4. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia**

**wniosku o ekshumację**

|  |
| --- |
|  |

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą

|  |
| --- |
|  |

Pozostali uprawnieni



*Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania* *wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny).*

**3.5. Oświadczenie**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że wymienione osoby uprawnione do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku wiedzą o planowanej ekshumacji i nie wyrażają sprzeciwu wobec ekshumacji oraz nie jest mi wiadomo, aby w sprawie dotyczącej tej ekshumacji toczył się jakikolwiek spór sądowy.  Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

Data

# DD-MM-RRRR



|  |
| --- |
|  |

Podpis wnioskodawcy

1. **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

1. **Załączniki**
2. **Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik**

1. **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**
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. **W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.**
5. **Inne załączniki:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**6**

**.**

**Data i podpis wnioskodawcy**

Data

-

-



*DD*

*-*

*MM*

*-*

*RRRR*

|  |
| --- |
|  |

Podpis

**7. Podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą1**

|  |
| --- |
|  |

1 W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.