|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | …………………………….., dnia ……………………Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Malborku |
|  |  |
|  |
| **Oświadczenie osoby uprawnionej do ekshumacji i pochowania ludzkich zwłok lub szczątków** |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** |
|  |  |
| 1. | WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI. |
| **2. Dane osoby uprawnionej** |
|  | **2.1. Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej** |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa osoby uprawnionej z osobą zmarłą |  |
|  |  |
|  | **2.2. Adres miejsca zamieszkania osoby uprawnionej** |
|  |  |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
|  | **2.3. Dane kontaktowe osoby uprawnionej** *(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 osoby uprawnionej** *(jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika, to podać jego adres)* |
|  |  |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |  |
|  Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Treść oświadczenia** |
|  | **3.1. Oświadczenie**  |
|  |  |
|  | Oświadczam, że jestem osobą posiadającą prawo do ekshumacji (na podstawie przepisu 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 (Dz.U. z 2023 r. poz. 887 ze zm.) oraz wyrażam zgodę na ekshumację |
|  |  |
|  | **3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej** |
|  |  |
| Imię i nazwisko |  |
|  |  |
| Miejsce urodzenia |  |  Data urodzenia |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |
| Miejsce zgonu |   | Data zgonu |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |
|  |
| Miejsce pochowania przed ekshumacją |  |
|  |
| Miejsce pochowania po ekshumacji |  |
|  |  *Podać zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.* |
|  |
| **4. Data i podpis osoby uprawnionej** |
|  |  |  |
| Data |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  *DD-MM-RRRR* |
| Podpis |  |

  czytelny, własnoręczny podpis osoby składającej oswiadczenie

|  |
| --- |
| **5. 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 |