

.....  
(miejscowość, data)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gryfinie**  
**ul. Flisacza 6**  
**74-100 Gryfino**

**Wniosek o ekshumację**

(zaznaczyć właściwe)

<b>Urny z prochami</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Szczątków / Zwłok</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

**I. Dane głównego wnioskodawcy:**

- 1. Imię/imiona i nazwisko (nazwisko rodowe): .....
- 2. Adres zameldowania: .....
- 3. Telefon kontaktowy.....
- 4. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:  
Dla osoby zmarłej jestem .....
- 5. Adres do korespondencji: .....

**II. Dane dotyczące zmarłego i ekshumacji:**

- 1. Imię/imiona i nazwisko (nazwisko rodowe):  
.....
- 2. Data urodzenia: .....3. Data zgonu.....
- 3. Miejsce aktualnego pochówku (miejscowość, ulica) .....
- 4. Rodzaj grobu (właściwe zakreślić)                  murowany                  ziemny
- 5. Czy w grobie aktualnego pochówku (na dzień składania wniosku) spoczywa więcej niż jedna zmarła osoba, jeśli tak należy wpisać imię i nazwisko oraz rok zgonu  
.....  
.....  
.....  
.....
- 6. Miejsce ponownego pochówku (miejscowość, ulica) .....
- 7. Rodzaj grobu (właściwe zakreślić)                  murowany                  ziemny
- 8. Czy w grobie ponownego pochówku (na dzień składania wniosku) spoczywają inni zmarli, jeśli tak należy wpisać imię i nazwisko oraz rok zgonu  
.....  
.....  
.....  
.....

- 9. Przyczyna zgonu \* .....
- (podać w przypadku, gdy ekshumacja będzie dokonywana przed upływem 2 lat od daty zgonu)
- 10. Zakład pogrzebowy przeprowadzający ekshumację:  
.....



Dotted lines for writing.

**OŚWIADCZENIE – głównego wnioskodawcy**

Jako uprawniona/ny do złożenia wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok/szczątków/prochów niniejszym oświadczam, że we wniosku podani zostali wszyscy członkowie rodziny, którym na mocy art. 10 Ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, przysługuje prawo do pochowania zwłok

.....  
imię i nazwisko zmarłego

Jednocześnie oświadczam, iż jest to zamknięty krąg osób.

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

Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

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

.....  
data i czytelny podpis głównego wnioskodawcy

**Termin załatwienia sprawy:**

Zgodnie z art. 35 § 5 Kodeksu Postępowania Administracyjnego, do terminów określonych w przepisach nie wlicza się terminów przewidzianych w przepisach prawa dla dokonania określonych czynności, okresów zawieszenia postępowania, okresu trwania mediacji oraz okresów opóźnień spowodowanych z winy strony albo przyczyn niezależnych od organu.

\* Wykaz chorób zakaźnych z powodu których ekshumacja zwłok nie jest możliwa przed upływem dwóch lat od chwili zgonu wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06.12.2001r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

**Załączniki:**

Do wniosku należy dołączyć:

1. Odpis aktu zgonu zmarłego którego wniosek dotyczy (oryginał),
2. Dokumenty urzędu stanu cywilnego (np. akty urodzeń, akty małżeństw, akty zgonów), na podstawie których możliwe będzie potwierdzenie pokrewieństwa lub powinowactwa pomiędzy osobą składającą wniosek, a zmarłym, którego wniosek dotyczy.
3. Karta zgonu (w przypadku, jeśli od zgonu nie minęły 2 lata),
4. Zgody zarządców cmentarzy.