………………………. ............................, dnia ..................

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Ostrowi Mazowieckiej**

**ul. gen. Władysława Sikorskiego 3**

**07-300 Ostrów Mazowiecka**

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

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szcz**ą**tków** *(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: ...............................................................................................................................................

imię lub imiona: .....................................................................................................................................

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: ................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………............

telefon …………………………… e-mail: ………………………..…………………………………

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

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

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……….……………………….............……………………..

**Uzasadnienie pro**ś**by 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 2023 r., poz. 887 ze zm.) 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)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

**5. ………………………………………………………………………………………………............**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**………………………………………………………………………….……………………………...**

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok (szczątków/prochów) niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust.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.)** przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: **1)** pozostały małżonek, **2)**krewni zstępni, **3)** krewni wstępni, **4)** krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, **5)**powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

**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 zarz*ą*dcy cmentarza*)**: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………...**

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy 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.**
* **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych: nr telefonu, adresu e-mail. Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 RODO. Podanie tych danych jest dobrowolne. Brak tych danych osobowych uniemożliwi szybki kontakt z Panią/Panem, a tym samym wydłuży czas załatwienia sprawy.**

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

*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka 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 do lat 3.

§ 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, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym.

(…)

§ 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, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

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

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- akt zgonu,

- zgody zarządców cmentarzy.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ostrowi Mazowieckiej reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą: ul. gen. Władysława Sikorskiego 3, 07-300 Ostrów Mazowiecka, tel. (29) 6440680, adres
e-mail: sekretariat.psse.ostrow.maz@sanepid.gov.pl
2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej ul. Sikorskiego 3, tel. (29) 6440680, adres e-mail: iod.psse.ostrow.maz@sanepid.gov.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c. e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.
8. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upłynięciem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.
11. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

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

 *data i czytelny podpis wnioskodawcy*

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)