

Pabianice, dnia

.....
imię, nazwisko

.....
adres

.....
PESEL

.....
nr tel. kontaktowego

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Pabianicach**
ul. Kilińskiego 10/12, 95- 200 Pabianice

WNIOSEK O EKSHUMACJĘ

Proszę o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków* zmarłego(ej)

.....
imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej (wskazany w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1947, z późn. zm)).....

Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Data i miejsce urodzenia.....
2. Data zgonu, przyczyna zgonu.....
3. Imię i nazwisko osoby, która dokonała pochówku.....
4. Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczałki* są pochowane.....
5. Adres cmentarza, na który zwłoki/szczałki* mają być przeniesione.....
6. Przeprowadzający ekshumację.....
7. Transport zwłok/szczałków*
8. Data ekshumacji
9. Uzasadnienie wniosku

Ponadto oświadczam, że:

- 1) Jestem osobą posiadającą prawo pochowania zwłok (dane zmarłego) wymienioną w art. 10 ust. 1 pkt..... ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1947, z późn. zm), na dowód czego składam:
.....
.....
- 2) Pochowałem/nie pochowałem* zwłoki zmarłego/zmarłej*,
- 3) O zamiarze dokonania ekshumacji zwłok zmarłego/zmarłej*z grobu powiadomiłem pisemnie wszystkie osoby posiadające prawo pochowania zwłok z pierwszeństwem poprzedzającym moje prawo i te osoby nie wyraziły sprzeciwu co do ekshumacji w terminie określonym w powiadomieniu,
- 4) Sprawa dotycząca ekshumacji zwłok zmarłego/zmarłej* nie była przedmiotem postępowania sądowego przed sądem powszechnym i administracyjnym.

Jednocześnie zobowiązuje się do przestrzegania wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1947, z późn. zm),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001r. Nr 153, poz. 1783, z późn. zm.).

.....
/data i podpis wnioskodawcy/

* właściwe podkreślić

Pouczenie:

1. Wniosek winien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Pabianicach lub dostarczony z poświadczeniem własnoręczności podpisu przez właściwy organ administracji samorządowej lub stację sanitarno-epidemiologiczną.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
 - odpis lub kserokopię aktu zgonu;

- zgody zarządców cmentarzy;
 - dokument/y stanu cywilnego potwierdzający/e stopień pokrewieństwa z osobą ekshumowaną. (do wglądu).
3. Art. 10 ust 1 w zw. z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.) stanowi: ekshumacja zwłok i szczątków może być dokonana na umotywowaną prośbę osób uprawnionych do pochowania zwłok, którymi jest najbliższa rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:
- 1) pozostały(ła) małżonek(ka);
 - 2) krewni zstępni;
 - 3) krewni wstępni;
 - 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa;
 - 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia;
4. Art. 40 § 4 i § 5 Kodeksu postępowania administracyjnego stanowi:
- § 4 Strona zamieszkała za granicą lub mająca siedzibę za granicą, jeśli nie ustanowiła pełnomocnika do prowadzenia sprawy zamieszkałego w kraju, jest obowiązana wskazać w kraju pełnomocnika do doręczeń.
 - § 5 W razie nie wskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla tej strony pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L. z 2016 r., Nr 119, str.1) informuje, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i środkach przetwarzania danych osobowych jest Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Pabianicach z siedzibą przy ul. Kilińskiego 10/12; 95-200 Pabianice; tel. 42 215 27 76, e-mail: sekretariat.psse.pabianice@sanepid.gov.pl;
2. Administrator Danych Osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iod.psse.pabianice@sanepid.gov.pl lub tel. 42 215 27 76, 42 215 35 89;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
4. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom biorącym udział w ekshumacji;
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr. 14, poz. 67, z późn. zm.);
7. posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
10. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym na podstawie przepisów art. 1-6a ustawy z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195, z późn. zm.), w związku z przepisem art. 6 ust. 1, lit. c, e.

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

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałków*.....

.....
(imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

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

.....

.....

(data, pieczęć i podpis)

* właściwe podkreślić

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

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza

.....

zwłok/szczałków*:

.....
(imię nazwisko, miejsce pochówku)

.....

.....

(data, pieczęć i podpis)

* właściwe podkreślić