|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | …………………………….., dnia ……………………Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Kwidzynie |
|  |  |
|  |
| **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich zwłok lub szczątków** |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** |
| 1. | WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI. |
| **2. Dane wnioskodawcy** |
|  | **2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy** |
| Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą |  |
|  |  |
|  | **2.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy** |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
|  | **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** *(podać, jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika)* |
| Imię i nazwisko |  |
|  | **2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** *(jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika, to podać jego adres)* |
| Miejscowość |  |
|  |  |  |
| Ulica |  |
|  |  |  |
|  Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
| **3. Treść wniosku** |
|  | **3.1. Uzasadnienie** *(podaj powód ekshumacji)* |
|  |  |
|  |  |
|  | **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.* |
|  |
|  |
|  Termin planowanej ekshumacji |  |
|  Rodzaj środka transportu, w którym zwłoki/szczątki po ekshumacji zostaną przewiezione |  |
|  | **3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)**  |
|  |  |
| Pozostali uprawnieni  |  |
|  |  |
|  |  **Obowiązkowe** **wypełnienie** - załącznik Nr 2 - Oświadczenie osoby uprawnionej – innej niż wnioskodawca - do ekshumacji i pochowania zwłok/szczątków  |
| **4. Załączniki**  |  |
|  |  |  |
| **1. Akt zgonu** |
| **2. Oświadczenia osób uprawnionych do ekshumacji i pochowania zwłok / szczątków (nie dotyczy wnioskodawcy)** |
| **3. Dokument o przyczynie zgonu (wykluczenie choroby zakaźnej) w przypadku gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata – oryginał / poświadczona za zgodność z oryginałem kopia.** |
| **4. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik** |
| **5. Inne załączniki:** |
|  |
|  |
|  |
| **5. Data i podpis wnioskodawcy** |
|  |  |  |
| Data |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  |  *DD-MM-RRRR* |
| Podpis |  |

  czytelny, własnoręczny podpis osoby składającej wniosek

|  |
| --- |
| **6. 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 |