

..... dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica, nr domu)

.....  
Nr telefonu kontaktowego

.....  
numer, data, miejsce wydania dowodu osobistego

.....  
PESEL

## Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny

### w Świebodzinie

## WNIOSEK O EKSHUMACJĘ

(wypełnić drukowanymi literami)

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok / szczątków / urny z prochami \* zmarłego(ej)

.....  
imię i nazwisko, nazwisko rodowe

celem spopielenia tak / nie \* .....

(miejscowość oraz dokładny adres zakładu kremacji)

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do ww. zmarłego /kim jestem dla osoby zmarłej/

<u>Pozostały małżonek</u>	<u>Krewny zstępny</u>	<u>Krewny wstępny</u>
<input type="checkbox"/>	1. Syn / córka <input type="checkbox"/>	1. Ojciec / matka <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. Wnuk / wnuczka <input type="checkbox"/>	2. Dziadek / babcia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. Prawnuk / prawnuczka <input type="checkbox"/>	3. Pradziadek / prababcia <input type="checkbox"/>
<u>Krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa:</u>		
1. Brat / siostra <input type="checkbox"/>	3. Bratanek / bratanica <input type="checkbox"/>	5. Siostra ojca lub matki <input type="checkbox"/>
2. Siostrzeniec / siostrzenica <input type="checkbox"/>	4. Brat ojca / brat matki <input type="checkbox"/>	6. Brat cioteczny / siostra cioteczna (kuzyn /kuzynka) <input type="checkbox"/>
<u>Powinowały w linii prostej do 1 stopnia:</u>	1. Teść / teściowa <input type="checkbox"/>	<b>Inna osoba</b>
	2. Zięć / synowa <input type="checkbox"/>	

### Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji

1. *Data i miejsce urodzenia* .....

2. *Data i miejsce zgonu* .....

3. *Zgon nastąpił na skutek choroby zakaźnej: tak/nie*

(właściwie zakreślić – w przypadku zwłok osób zmarłych przed upływem 2 lat od dnia zgonu.)

4. *Cmentarz na którym aktualnie pochowane są zwłoki/szczątki\** .....

Rodzaj grobu – ziemny, murowany, rodzinny, katakumby, kolumbarium\* kwatery/sektor ... rząd.... miejsce....

5. *Cmentarz na który mają być przeniesione zwłoki/szczątki \** .....

Przeniesienie wydobytych zwłok/szczątków/urny do nowego grobu tak/nie\*

Rodzaj grobu – ziemny, murowany, rodzinny, katakumby, kolumbarium\* kwatery/sektor ... rząd.... miejsce....

Do grobu istniejącego, w którym pochowana/y jest (imię i nazwisko osoby pochowanej)

..... (data zgonu).....

..... (data zgonu).....

stopień pokrewieństwa z osobą ekshumowaną .....

Rodzaj grobu – ziemny, murowany, rodzinny, katakumby, kolumbarium\* kwatery/sektor ... rząd.... miejsce....

### 6. Termin Ekshumacji:

Rok ..... Miesiąc ..... Dzień ..... Godzina .....

7. **Firma przeprowadzająca ekshumację** (dokładny adres, numer telefonu i nazwa firmy).....

8. **Środek transportu po drogach publicznych** .....

(marka, nr rej. samochodu)

9. **Uzasadnienie wniosku** .....

**10. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023r. poz. 887 ze zm.) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: 1) pozostały małżonek(ka), 2) krewni zstępni – dzieci, wnuki i prawnuki; 3) krewni wstępni – rodzice, dziadkowie, pradziadkowie; 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa – rodzeństwo oraz ich dzieci; 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia – zięć, synowa i teściowie zmarłego.**

Imię (imiona)	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres zamieszkania		
Imię (imiona)	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres zamieszkania		
Imię (imiona)	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres zamieszkania		
Imię (imiona)	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres zamieszkania		
Imię (imiona)	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres zamieszkania		

**Pouczenie dla stron**

Działając na podstawie art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572), pouczony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17).

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok oświadczam, że:

- 1) we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024r. poz. 576) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy;
- 2) treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz, że nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok;
- 3) biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej za zeznania nieprawdy lub zatajenia prawdy zgodnie z art. 233 §1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku – kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 17) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

.....  
data, czytelny podpis

## **ZAŁĄCZNIK:**

- 1 Zgody zarządców cmentarzy
2. Oświadczenie wraz pełnomocnictwem (w przypadku wykazania innych osób uprawnionych we wniosku w punkcie 10.)

### **WARUNKI PRZY EKSHUMACJI:**

- ekshumacja powinna odbywać się w okresie od 16 października do 15 kwietnia w godzinach rannych;
- przy ekshumacji mogą być obecne tylko osoby wykonujące nadzór z urzędu oraz bezpośrednio zainteresowane (najbliższa rodzina zmarłego);
- wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny należy umieścić w nowej trumnie;
- wszystkie czynności związane z przeprowadzoną ekshumacją wykona upoważniona firma;

**\*niepotrzebne skreślić**

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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. 2016. poz. 119 str. 1) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Świebodzinie z siedzibą w Świebodzinie (66-200) przy ulicy 30 Stycznia 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: psse.swiebodzin@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: inspektor@4consult.com.pl .

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o ekshumację, na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/psse-swiebodzin> w zakładce „Klauzula informacyjna”.