|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | |  | | …………………………….., dnia ……………………  Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w ……………………………… | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **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 |