|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Państwowy Powiatowy**  **Inspektor Sanitarny**  **w Myśliborzu** |  |
| **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich** | | |
| **zwłok szczątków szczątków ze spopielenia zwłok**  **(urna)**  **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** | | |
| 1. | Wniosek złóż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca przeprowadzania ekshumacji. | |
| 2. | WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI. |  |
| 3. | Pola wyboru oznaczaj  lub . |  |
| 4. | Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**. |  |
| **2. Dane wnioskodawcy** |  |  |
|  | **2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy** |  |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko |  |  |
|  |  |  |
| Numer dowodu osobistego |  |  |
|  |  |  |
| Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą |  |  |
| (dla zmarłego jestem) | **2.2. Adres zamieszkania wnioskodawcy** |  |
|  |  |  |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  |  |  |
| Miejscowość  (z podaniem kodu pocztowego) |  |  |
| **2.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy** *(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)* | | |
|  | | |
| Numer telefonu |  |  |
| **2.4. Dane pełnomocnika** *(podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)* | | |
| Imię i nazwisko |  |  |
| **2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** *(jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj jego adres)* | | |
|  | | |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  |  |  |
| Miejscowość  (z podaniem kodu pocztowego) |  |  |

**3. Treść wniosku**

* 1. **Uzasadnienie** *(podaj powód ekshumacji)*
  2. **Dane dotyczące osoby zmarłej**

Imię i nazwisko

Miejsce urodzenia

Data

urodzenia - -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Miejsce zgonu

Data zgonu

- -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Przyczyna zgonu  Choroba niezakaźna

 Choroba zakaźna Rodzaj choroby1)

zakaźnej

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| Rodzaj grobu: |  | ziemny |  | murowany |  | inny ……………………………… |

Miejsce pochowania przed

ekshumacją

Miejsce pochowania po



ekshumacji

*Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak*

*i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.*

|  |  |
| --- | --- |
| Postępowanie ze szczątkami po ekshumacji | 1. Ponowny pochówek bez kremacji 2. Ponowny pochówek z kremacją   (właściwe podkreślić) |
|  | Miejsce kremacji (jeśli dotyczy) |
|  |

**4. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację 2)**

**udzielam wnioskodawcy** (imię i nazwisko).............................................................................

ograniczonego pełnomocnictwa do reprezentowania mnie przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz odbioru decyzji.

Imię i nazwisko

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | Nr domu | Nr lokalu |
|  | | |
|  | | |

Stopień pokrewieństwa z osobą

zmarłą

Ulica

Miejscowość

(z podaniem kodu pocztowego)

Czytelny podpis

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa z osobą

zmarłą

Ulica

Miejscowość

(z podaniem kodu pocztowego)

Czytelny podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | Nr domu | Nr lokalu |
|  | | |
|  | | |

Imię i nazwisko Stopień pokrewieństwa z osobą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | Nr domu | Nr lokalu |
|  | | |
|  | | |

zmarłą

Ulica

Miejscowość

(z podaniem kodu pocztowego)

Czytelny podpis

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa z osobą

zmarłą

Ulica

Miejscowość

(z podaniem kodu pocztowego)

Czytelny podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | Nr domu | Nr lokalu |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | Nr domu | Nr lokalu |
|  | | |
|  | | |

Imię i nazwisko Stopień pokrewieństwa z osobą

zmarłą

Ulica

Miejscowość

(z podaniem kodu pocztowego)

Czytelny podpis

W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców można przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.

Jednocześnie oświadczam, iż jest to zamknięty krąg osób.

|  |
| --- |
| **5. Firma przeprowadzająca ekshumacje (nazwa i adres)** |
|  |
| **5.1. Dane dotyczące środka transportu (marka, numer rejestracyjny samochodu)** |
|  |

**6.Oświadczenia**

|  |
| --- |
|  |
| Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji oraz transportu zwłok/szczątków określonych przez przepisy  prawa. |
| Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy. |
| 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. |
| Świadomy/a, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne, których wykaz ustala minister właściwy do spraw zdrowia, nie mogą być ekshumowane w przypadkach przewidzianych w ust.1 pkt 1, przed upływem 2 lat od dnia zgonu. |

Data - -

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Czytelny podpis wnioskodawcy

**7.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

**8.Załączniki**

|  |
| --- |
|  |
| 1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik. 2. Akt zgonu. 3. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne) wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon. 4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej   we wniosku.   1. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji. 2. W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli. |

**9.Data i czytelny podpis wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Data - -

Podpis

1. Wykaz chorób zakaźnych z powodu których ekshumacja zwłok nie jest możliwa przed upływem dwóch lat od chwili zgonu wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06.12.2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby : cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

2) Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:

- pozostały małżonek (ka),

- krewni zstępni : potomek w linii prostej: dziecko, wnuk, prawnuk,

- krewni wstępni: przodek w linii prostej (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie),

- boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, tj.

a) pokrewieństwo II stopnia – rodzeństwo, w tym rodzeństwo przyrodnie,

b) pokrewieństwo III stopnia – wuj, ciotka, siostrzeniec, bratanek, siostrzenica- bratanica,

c) krewni IV stopnia – kuzynowie,

- powinowaci w linii prostej do 1 stopnia (teść, teściowa, zięć, synowa)

Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucją i organizacją społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiążą.

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WYNIKAJĄCY Z ART. 13 UST. 1 i 2 RODO PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ W ZAKRESIE WNIOSKU O ZEZWOLENIE NA EKSHUMACJĘ ZWŁOK**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Myśliborzu/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu z siedzibą: ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz,

(nr tel.: 95 747 56 16), adres e-mail: [psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:psse.mysliborz@sanepid.gov.pl).

1. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu został wyznaczony Inspektor ochrony danych osobowych, z którym można skontaktować się w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych poprzez e-mail: [iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl).
2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu przetwarza dane w celu realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikających z: ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 416), oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2024r. poz. 576.) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na PSSE Myślibórz.
3. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracyjne, sądy i organy ochrony prawa - jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych;

b) strony, pozostali członkowie rodzinnych, których dane zostały ujawnione we wniosku;

c) na podstawie umowy powierzenia firmy zapewniające ciągłość i prawidłowość wykonywania zadań przez Administratora (firmy informatyczne, dostawcy oprogramowania itp.) oraz w zależności od wyboru przez Panią/Pana środków komunikacji z PSSE w Myśliborzu, operatorowi pocztowemu celem dopełnienia obowiązku komunikacji w sprawie.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji prawnie określonych zadań ciążących na Administratorze, a po ich zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - 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 działań archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011r. Nr 14 poz. 67).
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym w formie profilowania Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe.

Przysługujące prawa

1. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych przysługuje Pani/Panu prawo do:

a. dostępu do swoich danych osobowych,

b. uzyskania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu (z zastrzeżeniem art. 15 ust. 3 RODO),

c. żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe.

1. Wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna, Pani/Pan że przewarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).

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