



Rzeczpospolita Polska

Państwowy Powiatowy Inspektor  
Sanitarny w Drawsku Pomorskim

Data wpływu

**WNIOSEK**

o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok / szczątków\* ludzkich

**1. Dane wnioskodawcy****1.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy**

Imię i nazwisko

Numer dowodu osobistego

Pesel

**1.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy**

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

**1.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy** *(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)*

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

**1.4. Dane pełnomocnika** *(podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)*

Imię i nazwisko

**1.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** *(w przypadku ustanowienia pełnomocnika, wpisać jego adres)*

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

\* właściwe zaznaczyć

**2. Treść wniosku****2.1. Uzasadnienie (podaj powód ekshumacji)**

.....
.....
.....

**2.2. Dane dotyczące osoby zmarłej**

Imię i nazwisko			
Miejsce urodzenia		Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Miejsce zgonu		Data zgonu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Przyczyna zgonu	<input type="checkbox"/> Choroba niezakaźna		
	<input type="checkbox"/> Choroba zakaźna	Rodzaj choroby zakaźnej	<input type="text"/>
Miejsce pochowania przed ekshumacją	Cmentarz komunalny/parafialny* w .....		
Miejsce pochowania po ekshumacji	Cmentarz komunalny/parafialny* w .....		
Firma przeprowadzająca ekshumację			
Transport zwłok/szczałków- rodzaj transportu (marka, nr rej. samochodu)			

**2.3 Wydobyte zwłoki/szczałki ludzkie po ekshumacji zostaną poddane kremacji/ nie zostaną\* poddane kremacji (W przypadku odpowiedzi twierdzącej wpisać nazwę i adres krematorium)**

--

**2.4. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację**

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą	
Pozostali uprawnieni (podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych)	..... ..... ..... ..... ..... .....



#### 4. 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

#### 5. Załączniki

1. Odpis skróconego aktu zgonu osoby ekshumowanej,
2. Oświadczenia osób uprawnionych do ekshumacji i pochowania zwłok / szczątków (nie dotyczy wnioskodawcy)
3. Pełnomocnictwo do działania w imieniu wnioskodawcy oraz pozostałych stron postępowania (w przypadku udzielenia pełnomocnictwa) potwierdzone własnoręcznością podpisu (np. przez: pracownika powiatowej stacji sanitarno- epidemiologicznej, urząd miasta, urząd gminy, starostwo, notariusza oraz inne organy uprawnione do potwierdzania własnoręczności podpisu),
4. Dowód uiszczenia opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (nie trzeba uiszczać opłaty skarbowej za złożenie pełnomocnictwa dla: małżonka, wstępnego (rodzicie, dziadkowie), zstępnego (dzieci, wnuki), rodzeństwa,
5. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, 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- zgon – oryginał / poświadczona za zgodność z oryginałem kopia.
6. Świadcstwo kremacji (w wypadku ekshumacji szczątków powstałych w wyniku spopielenia zwłok),
7. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku
8. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji
9. *Inne załączniki*

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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. U. UE. L. z 2016 r. nr 119) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Drawsku Pom. Szczegółowe informacje o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz przysługujących Państwu prawach z tym związanych znajdują się pod adresem <https://www.gov.pl/web/psse-drawsko-pomorskie>.*

#### 6. Data i podpis wnioskodawcy

Data   -   -

① DD-MM-RRRR

Podpis