

.....

....., dnia .....

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**W .....**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczałków\* zmarłego(ej) .....zgodnie z poniższym wnioskiem.

### **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczałków\***

#### **1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczałków**

*(dane wnioskodawcy):*

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

dowód tożsamości (*numer, seria, wydany przez*): .....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

#### **Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687) są:**

1. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

2. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

3. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

4. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji (imię i nazwisko ekshumowanej osoby) .....

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.

*W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.*

**2. Dane osoby zmarłej:**

nazwisko:.....

imię lub imiona:.....

nazwisko rodowe:.....

data i miejsce urodzenia:.....

data i miejsce zgonu:.....

Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\* wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742).

**3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):**.....  
.....

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):**.....  
.....

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami):**.....  
.....

**6. Data ekshumacji:**.....

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.

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)

.....  
data przyjęcia wniosku

.....  
podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

#### **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 najbliższemu.
- (...)
- § 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.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

#### **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

##### **I. Administrator danych osobowych**

Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Mławie, Pl. 1 Maja 6, 06-500 Mława

##### **II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych Pana Piotra Laskowskiego, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem p.laskowskiiodo@wp.pl lub pisemnie na adres siedziby.

##### **III. Cele i podstawy przetwarzania**

W celu prowadzenia postępowania o ekshumację, na podstawie obowiązku z art. 15 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

##### **IV. Okres przechowywania danych**

Dane będą przechowywane przez okres zgodny z klasyfikacją archiwizacji ze względu na realizację zadań władzy publicznej.

##### **V. Odbiór danych**

Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

##### **VI. Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- e) prawo do przenoszenia danych;
- f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

##### **VII. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych jest obowiązkiem określonym w przepisach prawa.

**VIII.** Nie przekazujemy danych poza obszar europejskiego obszaru gospodarczego i nie będą profilowane, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

#### **INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w ..... lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- akt zgonu,
- zgody zarządców cmentarzy.

Właściciel /zarządca cmentarza (*nazwa, adres*).....

.....  
wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałków\* (*imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku*).....

.....  
w celu ponownego pochowania na cmentarzu w.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza (*nazwa, adres*) .....

.....  
wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....

w.....  
zwłok/szczałków\* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*):.....  
.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)