**Pouczenie o osobach uprawnionych do wypowiedzenia się w sprawie ekshumacji.**

Na podstawie art.10 i art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. 2024r., poz. 576) ekshumacja zwłok i szczątków może być dokonana **na umotywowaną prośbę osób uprawnionych** do pochowania zwłok za zezwoleniem właściwego inspektora sanitarnego.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, prawo pochowania zwłok ludzkich ma **pozostała rodzina osoby zmarłej**, a mianowicie:

1) pozostały małżonek(ka);

2) krewni zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki);

3) krewni wstępni (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie);

4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, brat/siostra ojca, brat/siostra matki, kuzyn/kuzynka);

5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia (teść/świekr, teściowa/świekra, zięć, synowa, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica)

**Pouczony/a o kręgu osób uprawnionych oświadczam, że są nimi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię (Imiona)
 | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
| 1. Imię (Imiona)
 | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
| 1. Imię (Imiona)
 | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
| 1. Imię (Imiona)
 | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
| 1. Imię (Imiona)
 | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
|  6. Imię (Imiona) | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
|  7. Imię (Imiona) | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |
|  8. Imię (Imiona) | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
| Adres | Telefon |
|  |  |

…………………………………………………………..

*data, czytelny podpis*

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do wypowiedzenia się w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację wnioskowanych zwłok/szczątków oświadczam, że:

1) wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. 2024r., poz. 576);

2) biorę pełną odpowiedzialność za podane dane.

……………………………………………

(data i czytelny podpis)

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną (RODO) Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Kwidzynie wynikającą z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

……………………………………………

(data i czytelny podpis)