|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rzeczpospolita Polska | | Państwowy Powiatowy | | | | | | | | | | | | | | |  | | | ………………………………………………………………… (Miejscowość, data) | | | | | | | | | | | |
| Inspektor Sanitarny | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| w Pajęcznie | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **zwłok lub** | | | | | | | |  | | **szczątków** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | Wniosek złóż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub do państwowego granicznego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesel | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | **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** *(podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** *(jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj 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 | | | | | | | | |  | | |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przyczyna zgonu | |  | | Choroba niezakaźna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Choroba zakaźna | | | | | | Rodzaj choroby zakaźnej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania przed ekshumacją | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania po ekshumacji | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termin planowanej ekshumacji  Przeprowadzający ekshumację  Transport zwłok/szczątków | | *Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.*   |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.3. 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 (np. członków rodziny).* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.4. Oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | |  | |  | - |  |  | - | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis wnioskodawcy | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.5. Podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. 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**  **3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku**  **4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji**  **5. 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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Inne załączniki:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | |  |   **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam  po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.**  **6. Data i podpis wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | |  | |  | - |  |  | - | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**INFORMACJA**

**1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej   
w Pajęcznie lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu przez właściwy organ administracji samorządowej lub powiatowej.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (RODO) informujemy, że:

1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Pajęcznie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pajęcznie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą w Pajęcznie przy ulicy Żeromskiego 7, 98-330 Pajęczno;

2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować za pomocą poczty elektronicznej [iod.psse.pajeczno@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.pajeczno@sanepid.gov.pl);

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczątków, zgodnie   
z realizacją zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy ustawy z dnia 14 marca 1985 r.   
o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i innych ustaw szczególnych oraz aktów wykonawczych.

4. Państwa dane osobowe będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań z nimi związanych oraz zgodnie   
z przepisami regulującymi przechowywanie i archiwizowanie dokumentów.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania danych, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, za wyjątkiem przypadków, gdy przepisy prawa wyłączają Państwa prawa we wskazanym zakresie.

Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.

7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do realizacji wydania zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji zgody na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków.

8. Ponadto informujemy, że udostępnione dane:

- nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu

- nie będą przekazywane do państw trzecich (spoza EOG).

…………………………………………………………………………

*(podpis)*

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)