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

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Złotoryi**

**WNIOSEK**

**o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczątków ludzkich**

**I. Wnioskodawca:**

1. Imię i nazwisko...........................................................................................................................
2. Adres...........................................................................................................................................
3. Nr telefonu..................................................................................................................................

2. Seria i numer dowodu osobistego................................................................................................

3. PESEL........................................................................................................................................

4. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa w stosunku do osoby zmarłej *(zaznaczyć właściwe):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozostały małżonek** |  | **Krewny zstępny**  1. Syn / córka   1. Wnuk / wnuczka 2. Prawnuk / prawnuczka |  | **Krewny wstępny** | |
|  |  | 1. Ojciec / matka 2. Dziadek / babcia 3. Pradziadek / prababcia |  |
|  |  |
|  |  |
| **Krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa:**   1. Brat / siostra 2. Siostrzeniec / siostrzenica |  | 1. Bratanek / bratanica 2. Brat ojca / brat matki |  |  | |
|  |  | 5. Siostra ojca lub matki  6. Brat cioteczny /siostra cioteczna (kuzyn/kuzynka) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Powinowaty w linii prostej do 1 stopnia:** |  | 1. Teść / teściowa 2. Zięć / synowa |  |  | |
|  | **Inna osoba** |  |
|  |  |

5. Dane pełnomocnika, jeśli został ustanowiony *(imię, nazwisko, adres, nr telefonu)*..................

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

**II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:**

1. Imię i nazwisko ..........................................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia.............................................................................................................
3. Data zgonu..................................................................................................................................
4. Miejsce zgonu.............................................................................................................................
5. Przyczyna zgonu *(wypełnić w przypadku, gdy przyczyną zgonu była jedna z podanych chorób zakaźnych: cholera, dur wysypkowy lub inna riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne*)............................

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

1. Miejsce aktualnego pochówku (*nazwa i adres cmentarza*)......................................................

………............................................................................................................................................

1. Miejsce przyszłego pochówku (*nazwa i adres cmentarza*)......................................................

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

1. Przedsiębiorca przeprowadzający ekshumację (*nazwa, adres, nr telefonu*) ............................

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

1. Termin ekshumacji ……………………………………………………………………...........

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

11. Postępowanie ze zwłokami lub szczątkami po ekshumacji:

a) ponowny pochówek bez kremacji b) ponowny pochówek z kremacją (*właściwe podkreślić*)

- miejsce kremacji: .........................................................................................................................

12. Uzasadnienie wniosku (*powód ekshumacji*).............................................................................

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

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

**III. Dane pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku na ekshumację:**

*Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku\*, zgodnie*

*z art. 10 ust. 1 oraz art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ  I NAZWISKO** | **ADRES ZAMIESZKANIA** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (jak w cz. I poz. 4)** | **DATA I PODPIS**\*\*  ***Wyrażam zgodę na ekshumację***  ***(zaznaczyć właściwe)*** |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |
|  |  |  | ……………………………..  □ tak □ nie |

*\*\*Zamiast podpisów pozostałych osób uprawnionych można złożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób   
z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu, zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.*

**IV. Oświadczenie**

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

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

**(data i czytelny podpis wnioskodawcy)**

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.

W załączeniu:

1. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku (Zał. Nr 1).
2. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji (Zał. Nr 2).
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. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.
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.

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

**(data i czytelny podpis wnioskodawcy)**

Załącznik nr 1

……………………………………………….

miejscowość , data

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że ……………………………………………………………………………….

jest dysponentem grobu ziemnego/grobowca \* nr………………………pole/kwatera\* ………...

…………………………na cmentarzu…………………………………………………………...

Gdzie pochowane są szczątki/zwłoki\* …………………………………………………………...

imię i nazwisko zmarłego

data urodzenia …………………………………data zgonu……………………………………..

**Zarządca Cmentarza**

Załącznik nr 2

……………………………………………………………..

miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że zwłoki/szczątki\* zmarłego/ej………………………………………………..mogą być pochowane / dochowane\* do grobu ziemnego/ grobowca\* nr………………………………..

Pole/kwatera……………………… na cmentarzu……………………………………………………….

Data ostatniego pochówku w powyższym miejscu………………………………………………………

Jednocześnie potwierdzam, że dysponentem grobu, w którym planowane jest dochowanie jest ………………………………………………………………………………………………………...…

imię i nazwisko

**Zarządca Cmentarza**