

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

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
\*tel. kontaktowy

**Do  
Państwowego Powiatowego  
Inspektora Sanitarnego  
w Ilawie**

## **WNIOSEK**

o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich

### **I. Wnioskodawca:**

1. Imię i nazwisko : .....

2. Numer, miejsce, data wydania dowodu osobistego  
.....  
.....

3. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej .....

**Oświadczam, że niżej wymienieni najbliżsi żyjący członkowie rodziny zmarłego nie wnoszą sprzeciwu do przeprowadzenia ekshumacji:**

wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, adres zamieszkania)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Ponadto oświadczam, że nie ma innych żyjących osób, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r., poz. 887 z późn.zm.);**

**Stosownie do art. 15 w zw. z art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych Dz. U. z 2023 r., poz. 887 z późn.zm.) ekshumacja może być dokonana na wniosek: pozostałego małżonka (mąż/zona), krewnego zstępnego (syn/córka, wnuk/wnuczka, prawnuk/prawnuczka), krewnego wstępnego (ojciec/matka, dziadek/babcia, pradziadek/prababcia), krewnego bocznego do 4 stopnia pokrewieństwa (brat/siostra, siostrzeniec/siostrzenica, bratanek/bratanica, brat ojca/brat matki, siostra ojca lub matki, brat cioteczny/siostra cioteczna (kuzyn, kuzynka), powinowatych w linii prostej do 1 stopnia (teść/teściowa, zięć/synowa).**

Należy przedstawić oświadczenia i pełnomocnictwa ww. osób, którzy wyrażają zgodę na dokonanie ekshumacji.

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

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Data zgonu i przyczyna zgonu .....

4. Miejsce aktualnego pochówku .....

Rodzaj grobu .....

(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

Zarządca cmentarza .....

Pieczęć i czytelny podpis zarządcy cmentarza .....  
5. Miejsce przyszłego pochówku .....

Rodzaj grobu.....  
(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

- Przeniesienie wydobytych zwłok/szczątków do nowego grobu tak/nie
- Do grobu istniejącego, w którym pochowana/y jest .....  
(imię i nazwisko osoby pochowanej) data pochówku .....stopień pokrewieństwa z osobą ekshumowaną.....

Zarządca cmentarza .....

Pieczęć i czytelny podpis zarządcy cmentarza.....

6. Firma przeprowadzająca ekshumację.....

7. Termin ekshumacji (data i godzina) .....

8. Uzasadnienie wniosku .....

#### 9. Potwierdzenie terminu ekshumacji przez firmę wskazaną przez składającego wniosek:

Data i godzina ekshumacji.....

pieczęć firmy dokonującej ekshumacji.....

czytelny podpis pracownika firmy.....

#### Warunki przy ekshumacji:

1. Ekshumacja zwłok lub szczątków powinna odbywać się we wczesnych godzinach rannych w okresie od 16 października do 15 kwietnia.
2. Przy ekshumacji mogą być tylko osoby bezpośrednio zainteresowane lub reprezentujące wnioskodawcę.
3. Inne zalecenia:
  - a) zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji
    - powinny być wydobywane wraz z trumną i umieszczone na czas przewozu w skrzyni obitej blachą
    - w miejscu ponownego pochówku trumnę należy wydobyć ze skrzyni i pochować bez otwierania
  - b) szczątki ekshumowane po okresie mineralizacji należy:
    - wydobyć wraz z resztkami trumny i umieścić w szczelnej, drewnianej trumnie wypełnionej warstwą, substancji plynochłonnej o grubości 5 cm.
    - trumnę na czas przewozu umieścić w szczelnym worku z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego,
    - odpornego na uszkodzenia mechaniczne (worek po usunięciu spala się)
  - c) przewożenie zwłok dopuszczalne jest tylko w specjalnie przeznaczonym do tego środka przewozowym przez wyspecjalizowane przedmioty.
4. Zwłoki przewożone na obszarze państwa na odległość większą niż 60 km składa się w trumnie w obecności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który dokonuje jej opieczętowania.

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu, oraz że nieznanne mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a wymienieni członkowie rodziny zostali powiadomieni o zamiarze dokonania ekshumacji i wyrazili na to zgodę.**

**Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn.zm.) za składanie fałszywych zeznań.**

**Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.**

.....  
Data i podpis

## **Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej „Rozporządzeniem”, informujemy o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Iławie z siedzibą w Iławie, przy ul. Sienkiewicza 10

Z administratorem danych osobowych można skontaktować się:

- pod adresem korespondencyjnym: Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Iławie, ul. Sienkiewicza 10, 14-200 Iława

- pod adresem poczty elektronicznej: psse.ilawa@sanepid.gov.pl

2. Administrator wyznaczył inspektorem ochrony danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem

- adresu e-mail: [iod.psse.ilawa@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.ilawa@sanepid.gov.pl)

- pisemnie na adres siedziby administratora

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit c RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn.zm.), wyłącznie w celach określonych w ww. ustawie,

- art. 6 ust. 1 lit a RODO wyrażenie zgody (w zakresie przetwarzania numeru telefonu) w zakresie i celu niezbędnym do zajęcia stanowiska w sprawie.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w ww. ustawie oraz przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane organom władzy publicznej w zakresie i celach, które wynikają z ustawy oraz przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

6. Państwa dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom realizującym zadania na rzecz administratora danych osobowych (dostawcy oprogramowania, operatorzy, banki w celu realizacji przelewów, podmiotom publicznym) w ramach zawartych porozumień i umów oraz w zakresie obowiązujących przepisów prawa.

7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Unii Europejskiej.

9. Posiada Pani/Pan:

a) prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, a w przypadkach określonych w przepisach prawa również ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;

b) prawo do przenoszenia danych w zakresie w jakim są one przetwarzane w systemach informatycznych na podstawie udzielonej zgody lub w celu zawarcia, wykonania i realizacji umowy;

c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w sytuacjach gdy dane osobowe przetwarzane są w celu zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej lub przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora;

d) wycofania zgody

e) wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.”

.....  
Data i podpis

### **\* Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu w celu komunikacji między stronami**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu przez Państwowego Inspektora Sanitarnego w Iławie z siedzibą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Iławie przy ul. Sienkiewicza 10, 14-200 Iława dla potrzeb komunikacji między stronami.

.....  
Data i podpis