

5. Przyczyna zgonu określona w karcie zgonu – choroba zakaźna tak/nie*

6. Miejsce aktualnego pochówku (dokładny adres cmentarza):

.....

7. Rodzaj grobu: ziemny, murowany, katakumby, inny (podać jaki), pojedynczy, głębinowy*

.....

8. Miejsce ponownego pochówku (dokładny adres cmentarza):

.....

9. Firma przeprowadzająca ekshumację:

.....

10. Firma przewożąca zwłoki lub szczątki ludzkie (w przypadku przewozu na inny cmentarz) oraz środek transportu, którym zostaną przewiezione:

.....

11. Proponowany przez wnioskodawcę termin przeprowadzenia ekshumacji:

.....

Niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust.1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1947) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępní, krewni boczni do 4 stopni pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wałczu.

Załączniki:

- oryginał aktu zgonu (do wglądu)
- karta zgonu (gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata)
- wykaz pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania (zał. nr 1)
- oświadczenia pozostałych członków rodziny wyrażających zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zgodnie z w/w wykazem (zał. nr 2)
- zgoda zarządcy/administradora cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków

.....

data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną PSSE w Wałczu.

.....

(Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja,
(imię i nazwisko)

zamieszkały.....
(adres zamieszkania)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku w celach*:

- a) przeprowadzenie badań do celów sanitarno- epidemiologicznych;
- b) badanie próbek wody do spożycia;

c) inny - podać jaki:

Ekshumacja -

.....
(imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną PSSE w Wałczu.

.....
(Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

**właściwe podkreślić*

Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w Powiatowej Sanitarno-Epidemiologicznej w Wałczu jest Dyrektor z siedzibą przy ul. Aleja Zdobywców Wału Pomorskiego 54. Informacje dotyczące przetwarzania i ochrony danych osobowych są dostępne na stronie internetowej pod adresem: <https://www.gov.pl/web/psse-walcz> lub w siedzibie stacji.

**WYKAZ POZOSTAŁYCH CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZMARŁEJ UPRAWNIONYCH DO
WSPÓŁDECYDOWANIA W SPRAWIE EKSHUMACJI**

Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1947) są:

1.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

2.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

3.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

4.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

5.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

6.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)