

.....
miejscowość, data

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Wałczu

WNIOSEK

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

I Dane wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Seria i numer dowodu osobistego PESEL.....

Telefon kontaktowy..... Adres poczty elektronicznej

4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą:

.....

5. Imię i nazwisko pełnomocnika *(jeśli został ustanowiony)*:

.....

6. Adres korespondencyjny wnioskodawcy ** *(jeśli został ustanowiony pełnomocnik, podać adres pełnomocnika)*:

.....

II Uzasadnienie do wniosku o zezwolenie na ekshumację (opis zaistniałej sytuacji ze wskazaniem osób uprawnionych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III Dane dotyczące osoby zmarłej oraz ekshumacji:

1. Nazwisko, imię lub imiona, nazwisko rodowe:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Data i miejsce zgonu:

.....

4. Przyczyna zgonu określona w karcie zgonu

choroba niezakaźna

choroba zakaźna Rodzaj choroby zakaźnej

5. Miejsce aktualnego pochówku (*dokładny adres cmentarza*):

.....

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

.....

7. Miejsce ponownego pochówku (*dokładny adres cmentarza*):

.....

8. Firma przeprowadzająca ekshumację:

.....

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

.....

10. 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 2023 r., poz. 887 ze zm.) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępnii, 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 ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

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)
- zaświadczenie wydane przez zarządcę/administradora cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku
- zgoda zarządcy/administradora cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków
- dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania

.....
miejscowość, data

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 2023 r., poz. 887 ze zm.) są:

1.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

2.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

3.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

4.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

5.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

6.

.....

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)