

.....
(miejscowość, data)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Rybniku
ul. kpt. L. Janiego 1
44-200 Rybnik**

WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI.

Pola wyboru oznaczaj lub .
Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**.

Wniosek o wydanie zezwolenia na:

| | |
|---|--------------------------|
| Ekshumację zwłok lub szczątków ludzkich (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków)* w celu ich pochowania w innym miejscu pochówku (w obrębie tego samego cmentarza) | <input type="checkbox"/> |
| Ekshumację zwłok lub szczątków ludzkich (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków)* w celu ich pochowania w innym miejscu na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej – przewóz ekshumowanych zwłok lub szczątków (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków) środkiem transportu drogowego (do 60 km) | <input type="checkbox"/> |
| Ekshumację zwłok lub szczątków ludzkich (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków)* w celu ich pochowania w innym miejscu na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej – przewóz ekshumowanych zwłok lub szczątków (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków) środkiem transportu drogowego (powyżej 60 km) | <input type="checkbox"/> |
| Ekshumację i przewóz innym środkiem transportu niż transport drogowy ekshumowanych zwłok lub szczątków ludzkich (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków)* w celu ich pochowania na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej | <input type="checkbox"/> |
| Ekshumację i przewóz ekshumowanych zwłok lub szczątków ludzkich (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok/szczałtków)* po za granicę Rzeczpospolitej Polskiej celem ich ponownego pochowania. | <input type="checkbox"/> |

* niepotrzebne skreślić

1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy.

Imię i nazwisko

Numer dowodu osobistego

Pesel

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

2. Adres zamieszkania Wnioskodawcy.

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

3. Adres do korespondencji Wnioskodawcy, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy -

4. Dane pełnomocnika, jeżeli został ustanowiony.

Imię i nazwisko

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy -

5. Stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej.

6. Liczba osób zmarłych, których zwłoki/szczątki/prochy będą ekshumowane z jednego grobu.

7. Dane osoby zmarłej.

Imię i nazwisko

Ostatnie miejsce zamieszkania

Data i miejsce urodzenia

Data i miejsce zgonu

Przyczyna zgonu Choroba niezakaźna
 Choroba zakaźna Rodzaj choroby zakaźnej

8. Miejsce aktualnego pochówku osoby zmarłej.

Nazwa cmentarza

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

9. Miejsce przyszłego pochówku osoby zmarłej.

Nazwa cmentarza

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

10. Środek transportu, którym przewiezione zostaną zwłoki lub szczątki.

Nie dotyczy –
pochówek na tym
samym cmentarzu

Transport drogowy
(karawan)

Transport
kolejowy

Transport
lotniczy

Transport
wodny

Transport własny

11. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację.

① Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny).

Imię i nazwisko

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

Stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

Stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

Stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

Stopień pokrewieństwa

12. Uzasadnienie przeprowadzenia ekshumacji.

Uzasadnienie

13. Oświadczenie.

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

Data - -

① DD-MM-RRRR

Podpis wnioskodawcy

14. Podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą.

15. 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.

16. 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. Akt zgonu.
7. Inne załączniki:

17. Data i podpis wnioskodawcy.

- -

① DD-MM-RRRR