

....., dnia.....
(miejscowość, data)

**Do
Państwowego Powiatowego
w**

Inspektora Sanitarnego
.....

WNIOSEK

**o wydanie zgody na wywóz zwłok / szczątków ludzkich
z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
oraz dokonanie odprawy sanitarnej**

I. Dane dotyczące osoby zmarłej:

1. Imię (Imiona) i nazwisko :
2. Nazwisko rodowe..... 3.
Data i miejsce urodzenia
4. Ostatnie miejsce zamieszkania
5. Data i miejsce zgonu
6. Miejsce, z którego zwłoki/szczałki ludzkie zostaną przewiezione.....
.....
7. Miejsce przyszłego pochówku
-

II. Dane dotyczące środka transportu, którym będą przewożone zwłoki/szczałki ludzkie:

1. Rodzaj środka transportu.....

III. Dane dotyczące wnioskodawcy:

1. Imię (Imiona) i nazwisko
-
2. Adres zamieszkania.....
3. Numer telefonu..... 4.
Numer i seria dowodu osobistego.....
5. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym.....

IV. Oświadczenie:

Oświadczam, że

1. jest mi wiadomo, iż stosownie do art. 10 ust. 1, w związku z art. 14 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U z 2023 r, poz. 887 z późn. zm.) prawo do złożenia prośby (wniosku) o uzyskanie pozwolenia na wywóz poza granice Rzeczypospolitej Polskiej zwłok/szczątków ludzkich, w przypadku, gdy zgon nastąpił na jej terytorium, celem pochowania przysługuje:

- a) pozostałemu małżonkowi,
- b) krewnym zstępnym,
- c) krewnym wstępnym,
- d) krewnym bocznym do 4-go stopnia pokrewieństwa,
- e) powinowatym w linii prostej do pierwszego stopnia;

2. żadna z osób zaliczonych do w/w grup nie sprzeciwia się przeprowadzeniu wywozu poza granice Rzeczypospolitej Polskiej zwłok/szczątków osoby, której dotyczy wniosek

Oświadczam również, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego).

Jednocześnie oświadczam, że jest mi wiadome, że żadna z osób uprawnionych nie sprzeciwia się dokonaniu przeze mnie wywiezienia zwłok / szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wspomnianej we wniosku osoby zmarłej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest powiatowa Stacja SanitarnoEpidemiologiczna w Elblągu z siedzibą przy ulicy Królewieckiej 195, 82-300 Elbląg. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo dostępu do tych danych, żądania ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec ich przetwarzania w związku z jej szczególną sytuacją. Otrzymane dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów związanych ze złożonym wnioskiem.

.....
.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

(imię i nazwisko)

Załączniki:

1. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon.
2. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej.
3. Dokumenty urzędowe z terytorium państwa, na którego terenie zwłoki/szczątki ludzkie będą pochowane.
4. Dokumenty urzędowe z państwa, przez którego terytorium zwłoki/szczątki ludzkie mają być przewożone.