



Rzeczpospolita Polska

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Drawsku Pomorskim**OŚWIADCZENIE****osoby posiadającej prawo do ekshumacji i pochowania szczątków/ zwłok * ludzkich****1. Dane osobowe****1.1. Dane identyfikacyjne**

Imię i nazwisko

Dokument tożsamości

Pesel

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.2. Adres miejsca zamieszkania

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

1.3. Dane kontaktowe (dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

1.4. Dane pełnomocnika (podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)

Imię i nazwisko

1.5. Adres korespondencyjny pełnomocnika (w przypadku ustanowienia pełnomocnika, wpisać jego adres)

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

2. Treść oświadczenia

Oświadczam, że jako(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, na podstawie przepisu 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, jestem osobą uprawnioną do wystąpienia z wnioskiem o ekshumację i **wyrażam zgodę** na ekshumację szczątków/zwłok*zmarłego/ej*.....(imię i nazwisko) pochowanego/ej* na cmentarzu w celu spopielenia* i przeniesienia ich na cmentarz (pochowanie do grobu istniejącego/stworzenie nowego grobu*)

* - niepotrzebne skreślić

Powyższe informacje składam pod rygorem odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego o czym zostałem poinformowany/ zostałam poinformowana.

Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§3.Nie podlega karze za czyn określony w§1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania. (...)

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

3. 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

4. Załączniki

- pełnomocnictwo (w przypadku udzielenia pełnomocnictwa) potwierdzone własnoręcznością podpisu (np. przez: pracownika powiatowej stacji sanitarno- epidemiologicznej, urząd miasta, urząd gminy, starostwo, notariusza oraz inne organy uprawnione do potwierdzania własnoręczności podpisu),**
- dowód uiszczenia opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (nie trzeba uiszczać opłaty skarbowej za złożenie pełnomocnictwa dla: małżonka, wstępnego (rodzicie, dziadkowie), zstępnego (dzieci, wnuki), rodzeństwa,**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. nr 119) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Drawsku Pom. Szczegółowe informacje o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz przysługujących Państwu prawach z tym związanych znajdują się pod adresem <https://www.gov.pl/web/psse-drawsko-pomorskie>.

Data - -

① DD-MM-RRRR

Podpis osoby posiadającej prawo do ekshumacji
i pochowania szczątków/ zwłok * ludzkich

.....
(czytelny podpis)