

.....
/miejsowość, dnia/

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Złotowie**

**WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację / przewóz zwłok (szczątków)***

Dane dotyczące wnioskodawcy:

1. Nazwisko, imię lub imiona
2. Adres zamieszkania
3. Seria i nr dokumentu tożsamości.....wydany przez
.....
4. PESEL nr telefonu
/nie jest obowiązkowy/
5. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do zmarłego

Dane dotyczące zmarłego:

1. Nazwisko, imię lub imiona, nazwisko rodowe zmarłego.....
.....
2. Data urodzenia data i miejsce zgonu
3. Numer aktu zgonudata i miejsce wydania.....
4. Przyczyna zgonu – choroba zakaźna: tak / nie**.
5. Cmentarz, na którym zwłoki / szczątki ludzkie są pochowane
/cmentarz parafialny / komunalny, miejscowość/
.....rodzaj grobu:
/ziemny, murowany, rodzinny, kalumbarium/
6. Cmentarz, na którym zwłoki / szczątki ludzkie zostaną złożone
/cmentarz parafialny / komunalny, miejscowość/
.....rodzaj grobu:
/ziemny, murowany, rodzinny, kalumbarium/
7. Data ekshumacji / przewozu zwłok / szczątków ludzkich:
8. Firma przeprowadzająca ekshumację
9. Sposób transportu (marka i nr rej. samochodu)
10. Uzasadnienie wniosku o zezwolenie na ekshumację.....
.....

11. Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego, którym przysługuje prawo pochowania zwłok / szczątków ludzkich

/ Nazwisko, imię lub imiona, stopień pokrewieństwa/

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że jestem uprawniona(y) do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację / przewóz zwłok (szczątków), a wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny. Ponadto dane zawarte we wniosku są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegania wymogów i warunków określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Złotowie.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Warunki ekshumacji:

Ekshumacja powinna odbyć się w okresie od 16 października do 15 kwietnia we wczesnych godzinach rannych. Wszystkie czynności związane z ekshumacją wykonuje profesjonalna firma. Przy ekshumacji mogą być obecne osoby wykonujące nadzór z urzędu oraz bezpośrednio zainteresowane tj. najbliższa rodzina.

Załączniki*:

1. Akt zgonu lub odpis.
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody przez osobę uprawnioną.
3. Zgoda zarządcy cmentarza.
4. Ksero dowodu rejestracyjnego środka transportu do przewozu zwłok/szczątków ludzkich - w przypadku transportu powyżej 60 km.

* niepotrzebne skreślić

** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001r w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby /Dz. U. z 2001r Nr 152, poz. 1742/.