………………………………. ............................, dnia ..................

……………………………….

………………………………. Nr tel. ………………………

*(składający wniosek)*

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Siedlcach**

**ul. Poniatowskiego 31**

**08-110 Siedlcach**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczątków\*   
zmarłego(-ej)…………………………………………................................................................. zgodnie z poniższym wnioskiem.

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szcz**ą**tków** *(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: .....................................................................................................................................

imię lub imiona: ...........................................................................................................................

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .......................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

dowód tożsamości *(numer, seria, wydany przez)*: ......................................................................

*......................................................................................................................................................*

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……….……………………….............………………

**Uzasadnienie pro**ś**by o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania   
w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.   
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887) są:**

**1. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**2. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**3. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**4. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji** *(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)* **…………………………………………………………………………..**

**Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek   
spór sądowy.**

***W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej w oryginale lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa.***

**2. Dane osoby/osób zmarłej(-ych):**

nazwisko:......................................................................................................................................

imię lub imiona:…………………………………………………………………………………

nazwisko rodowe:……………………………………………………………………………….

data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………...……………

data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………………….

nazwisko:......................................................................................................................................

imię lub imiona:…………………………………………………………………………………

nazwisko rodowe:……………………………………………………………………………….

data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………...……………

data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\* wymienionej   
w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001 r., Nr 152,   
poz. 1742).**

**3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy cmentarza*)**:………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………..**

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy cmentarza)***:………………………………………………………............................**

**………………………………………………………………………………………………..**

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki** (*nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami*)**:……………………………………………….....**

**………………………………………………………………………………………………..**

(*wypełnić w przypadku konieczności transportu na inny cmentarz)*

**6. Data ekshumacji:…………………………………………………………………………….**(*może być podana telefonicznie po otrzymaniu zezwolenia i po uzgodnieniu z osobami zarządzającymi cmentarzem/-ami)*

**Oświadczam, że:**

- treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

- zapoznałem (-am) się z treścią informacji dotyczącą przetwarzania danych osobowych w PSSE   
w Siedlcach, zawartą na stronie 4 niniejszego wniosku.

- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych: nr telefonu, adresu e-mail.

Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 pkt a Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (…). Podanie tych danych jest dobrowolne. Brak tych danych osobowych uniemożliwi szybki kontakt z Panią/Panem, a tym samym wydłuży czas załatwienia sprawy.

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

*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka podmiotu)*

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

*data przyjęcia wniosku podpis pracownika potwierdzającego*

*tożsamość wnioskodawcy*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

**Art. 233 Kodeksu karnego**

§ 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 lat 3.

§ 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, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie   
z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym.

(…)

§ 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.

**Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 887) - art. 10 ust. 1   
i art. 15 ust.1:**

**Art. 10. 1.** Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:   
1) pozostały małżonek(ka),   
2) krewni zstępni,   
3) krewni wstępni,   
4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,   
5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.   
Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiążą.

**Art. 15. 1.** Ekshumacja zwłok i szczątków może być dokonana:

1)na umotywowaną prośbę osób uprawnionych do pochowania zwłok za zezwoleniem właściwego inspektora sanitarnego,

(.......)

**WAŻNA INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w **obecności pracownika** Powiatowej Stacji   
Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach lub **dostarczony z urzędowym poświadczeniem wiarygodności podpisu.**

2. Do wniosku należy dołączyć **załączniki:**

- akt(-y) zgonu.

***Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych***

*Zgodnie z art. 13 i 14 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) (RODO) informuję, iż:*

*• administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna   
w Siedlcach, ul. Poniatowskiego 31, 08-110 Siedlce, tel. 25 6 44 20 40, e-mail sekretariat.psse.*[*siedlce@sanepid.gov.pl*](mailto:siedlce@sanepid.gov.pl), *e-PUAP,*

*• kontakt do inspektora ochrony danych w PSSE w Siedlcach:*

*tel. 25 644 20 40 wew. 41,* [*iod.psse.siedlce@sanepid.gov.pl*](mailto:iod.psse.siedlce@sanepid.gov.pl)*,*

*Państwa dane osobowe (wyłącznie dane osobowe zwykłe) przetwarzane będą w celu prowadzenia nadzoru sanitarnego w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a), c), e) RODO:*

*• czas przechowywania danych jest zgodny z kategorią archiwalną wg Rozporządzenia Rady Ministrów  
 z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt   
oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.*

*• posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, wycofania zgody*

*• mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy RODO.*

*• Dane osobowe osób uprawnionych do ekshumacji składa wnioskodawca.*

*• Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok.*

* *Sekcja Higieny Komunalnej informuje, że:*

*- nie stosuje profilowania ani zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie osób*

*-nie udostępnia Państwa danych innym podmiotom inaczej niż na podstawie przepisów prawa lub Państwa zgody*

*-nie przekazuje danych do państw trzecich (spoza EOG)*