Ostróda, dnia

.

|  |
| --- |
| **Państwowy Powiatowy**  **Inspektor Sanitarny**  **w Ostródzie** |
| Imię i nazwisko |
| **Miejscowość** |
| **Adres** |

**W N I O S E K**

**o wydanie zezwolenia na wywóz/przewóz zwłok/szczątków/prochów ludzkich poza granice Rzeczypospolitej Polskiej/koleją, samolotami i statkami w granicach Rzeczypospolitej Polskiej**

**I. Wnioskodawca :**

1. Imię i nazwisko : ……………………………………………………………………………………………………………..

2. Numer i seria dokumentu tożsamości…………………………………………………………………. …………………………………………………….……………………………………………………….

3. Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………..

4. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej …………………………………………………

prosi o wydanie w trybie określonym art. 14 ust. 1, 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1947) zezwolenia na wywóz/przewóz zwłok /szczątków/prochów ludzkich z Polski do …………………………………………………………………..

**II. Informacje dotyczące osoby zmarłej:**

nazwisko..............................................................imię( imiona).......................................................................

nazwisko rodowe...............................................data i miejsce urodzenia........................................................

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

ostatnie miejsce zamieszkania.........................................................................................................................

data i miejsce zgonu.........................................................................................................................................

miejsce, z którego zwłoki/szczątki/prochy ludzkie zostaną przewiezione………………………………….

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

miejsce pochówku...........................................................................................................................................

nazwa i adres firmy, która dokona przewozu..................................................................................................

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

Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki/prochy ludzkie………………………….

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

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

Podpis

W załączeniu:

1. Dokument stwierdzający przyczynę zgonu/ dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy.
2. Dokument właściwej władzy państwa, na którego terytorium mają być pochowane zwłoki/szczątki, stwierdzający brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa
3. Dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone.