

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Gostyninie
ul. Bierzewicka 67**

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 szczątków (dane
wnioskodawcy):**

nazwisko:
imię lub imiona:
telefon kontaktowy:.....
adres zamieszkania/siedziba podmiotu:
.....
dowód tożsamości (numer, seria, wydany przez):
.....
stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.

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

**Na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947 t.j.) są osobami
posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji:**

- pozostali małżonek,
- krewni zstępni,
- krewni wstępni,
- boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,
- powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania
w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków* zmarłego(ej)
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)

5.
 (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

6.
 (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

7.
 (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

8.
 (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

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

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz że nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.

W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

2. Dane osoby zmarłej:

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. Nr 152, poz. 1742).**

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

4. **Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):**.....

5. **Podmiot przeprowadzający ekshumacje**

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

6. **Data ekshumacji:**.....

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.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)

.....
data przyjęcia wniosku

.....
podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

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 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 najbliższemu.
- (...)
- § 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.

* niepotrzebne skreślić

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

INFORMACJA!

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gostyninie lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
 - akt zgonu,
 - zgody zarządców cmentarzy,
 - oświadczenia osób posiadających prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji (wraz z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych).
3. Warunki ekshumacji określa § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1910 t.j.), a w szczególności:
 - ekshumację przeprowadza się w okresie od 16 października do 15 kwietnia, w godzinach rannych,
 - pod nadzorem właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego oraz w obecności osób bezpośrednio zainteresowanych (najbliższa rodzina zmarłego),
 - wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny umieszcza się w nowej trumnie.
4. Ekshumacja zostanie przeprowadzona po uprawomocnieniu się Decyzji zezwalającej na ekshumację zwłok/szczątków wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gostyninie.

Właściciel /zarządca cmentarza (*nazwa, adres*).....

.....

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałków* (*imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku*).....

.....

.....

w celu ponownego pochowania na cmentarzu w.....

.....

.....

(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza (*nazwa, adres*)

.....

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....

w.....

zwłok/szczałków* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*):.....

.....

.....

.....

(data, pieczęć i podpis)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany.....

.....

.....

/ imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym /

legitymujący/a/ się dowodem osobistym

.....

/ seria, numer dowodu osobistego, wydany przez /

wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok.....

/ imię, nazwisko zmarłego /

.....zmarłego/ej/

/ data zgonu /

z cmentarza w..... na cmentarz w.....

Prośbę o wydanie zgody na ekshumację złożył/a/ w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gostyninie, ul. Bierzewicka 67

.....

.....

/ imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa ze zmarłym /

.....
/czytelny podpis /

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych¹

1. Administrator Ochrony Danych

Administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gostyninie. Można się z nami kontaktować:

- listownie: ul. Bierzewicka 67, 09-500 Gostynin
- za pośrednictwem poczty elektronicznej: : gostynin@psse.waw.pl
- telefonicznie: 24 235 22 04

2. Inspektor Ochrony Danych

Można się z nim kontaktować telefonicznie: 24 235 22 04 wew. 18.

3. Cele i podstawy przetwarzania

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z:

- ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338 t.j.)
- ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947 t.j.)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1910 t.j.)
- ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 t.j.)

Podanie danych wynika z ww. przepisów prawa.

4. Odbiorcy danych osobowych

Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.

5. Okres przechowywania danych

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane z zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 164) oraz Instrukcją Kancelaryjną Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Gostyninie.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

- Ma Pan/Pani prawo uzyskać dostęp do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych), oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i prawo do przeniesienia danych.
- Ma Pan/Pani również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Zapoznanie z powyższą „Informacją..” potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....

/czytelny podpis /

¹ obowiązek informacyjny wynikający 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1-88) - RODO - a także w związku z art. 61 § 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego(t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.)