...................., dnia................

# WNIOSEK

## o wydanie zezwolenia na przewóz zwłok/szczątków

**1. Osoba uprawniona do pochowania zwłok albo szczątków:**

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

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

adres zamieszkania: ................................................................................................................

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

Numer i seria dowodu tożsamości : ......................................................................................

**Dane wnioskodawcy (podmiot, osoba):**

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

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

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

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

Numer i seria dowodu tożsamości : ......................................................................................

*W przypadku, gdy wnioskodawcą jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć upoważnienie osoby uprawnionej*.

**2.Dane osoby zmarłej:**

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

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

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

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

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

**3. Data i miejsce zgonu:** .......................................................................................................

**4. Miejsce, z którego zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki:** ......................................

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

**5. Miejsce pochówku:** ...........................................................................................................

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

**6. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki** (*nie dotyczy*

 *przewozu urny ze spopielonymi zwłokami*)**:**

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

**7. Data przewozu/ wywozu zwłok lub szczątków:** .............................................................

**8. Dokumenty właściwej władzy państwa** *(dotyczy przewożenia poza granice RP)*

……………………………………………………………………………………………….

**Pouczenie**

W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon, do wniosku dołącza się dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej, wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912)

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

*data i czytelny podpis ( pieczątka podmiotu) wnioskodawcy*

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

*data i podpis pracownika przyjmującego wniosek*