………..………………………….

 (Miejscowość, data)

 Do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

 w Staszowie

**WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ I PRZEWIEZIENIE ZWŁOK/SZCZĄTKÓW LUDZKICH**

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko ........................................................................................................................... Adres zamieszkania wraz z numerem kodu pocztowego …………………………………….. …………………………………………………………………………………………………... Seria i numer dowodu osobistego……………………………… wydanego przez ……………. ………………………………………………………….. PESEL …………………………… Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do zmarłego…………………………………………... Numer telefonu kontaktowego ……………………………………………..

II. Dane dotyczące zmarłego:

Imię i nazwisko ...........................................................................................................................

Nazwisko rodowe ………………………………………………………………………………. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………….. Data i miejsce zgonu …………………………………………………………………………… Przyczyna zgonu (choroba zakaźna\*\* - tak/nie - zakreślić)\*

Adres cmentarza na którym zwłoki (szczątki) są pochowane ………………………………….

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

Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji\* (ziemny, murowany, pojedynczy, rodzinny)

Parafia lub zarządca cmentarza komunalnego (nazwa i adres) …………………..………………… ………………………………………………………………………………...….………………….

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

Miejsce ponownego pochówku:

Adres cmentarza na który zwłoki (szczątki) mają być przeniesione ………………………. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….Rodzaj grobu\* (ziemny, murowany, pojedynczy, rodzinny)

III. Informacje dotyczące ekshumacji:

Uzasadnienie wniosku o zezwolenie na ekshumację:…………………………………………... ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Nazwa i adres firmy przeprowadzającej ekshumację wraz z numerem kodu pocztowego i numerem telefonu ……………………….. ……………………………………………………. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

Nazwa i adres firmy zajmującej się przewozem zwłok/szczątków …................................................

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

Środek transportu (marka i numer rejestracyjny samochodu)………………………………….. …………………………………………………………………………………………………..

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

Proponowany przez wnioskodawcę termin przeprowadzenia ekshumacji ……………………..

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

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok /szczątków oświadczam, że w załączniku Nr 1 do wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1473 t.j. ) i nie jest mi wiadomo aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy. Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

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

 (data i podpis)

Załączniki:

1. Wykaz pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie.

2. Oświadczenia uprawnionych członków rodziny zgodnie z w/w wykazem.

3. Oświadczenie zarządcy/administratora cmentarza, iż istnieje możliwość ponownego pochowania zwłok

 i szczątków ludzkich (w wypadku przeniesienia zwłok i szczątków na inny cmentarz).

4. Odpis aktu zgonu

5. Świadectwo kremacji zwłok (w wypadku ekshumacji szczątków powstałych w wyniku spopielenia zwłok).

6. Oświadczenie uprawnionego do ekshumacji zwłok o przyczynie zgonu (w przypadku gdy od daty zgonu nie

 minęły 2 lata).

\* właściwe zaznaczyć

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