

.....
..... miejscowość data

.....
Imię, nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dane do kontaktu: telefon, mail

(Dane kontaktowe nie są obligatoryjne, ułatwiają kontakt)

.....
Do
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

.....
W
adres¹

**WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ
ZWŁOK²/ SZCZĄTKÓW LUDZKICH²**

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok²/szczątków ludzkich² (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok²/ pozostałości zwłok wydobytych przy kopaniu grobu lub w innych okolicznościach²/ części ciała ludzkiego odłączone od całości²)

zmarłego(ej).....
..... imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej

I. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Data i miejsce urodzenia.....
2. Data zgonu.....
3. Miejsce zgonu
..... miejscowość, szpital, adres domu
4. Określona aktem zgonu przyczyna śmierci.:
choroba niezakaźna ²/ choroba zakaźna² (nazwa choroby zakaźnej³)
5. Informacje związane z aktualnym pochówkiem:
a) adres zarządcy cmentarza, na którym pochowane są zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
b) adres cmentarza, na którym pochowane są zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
c) miejsce aktualnego pochówku/ nr kwatery
6. Informacje związane z przyszłym pochówkiem:
a) adres zarządcy cmentarza, na którym pochowane będą zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
b) adres cmentarza, na którym pochowane będą zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
c) miejsce przyszłego pochówku/ nr kwatery.....
7. Przeprowadzający ekshumację (nazwa i adres firmy specjalistycznej)
8. Środek transportu po drogach publicznych (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami)
.....
9. Uzasadnienie wniosku
.....
.....
.....

II. Wykaz wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku⁴:

1.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)

2.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
3.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
4.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
5.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)

III. Zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepis prawa

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

IV. Oświadczenia i podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą⁵

1. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

2. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

3. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

4. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

5. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

Załączniki:

1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.
2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne) wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon.
3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji.

5. Pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli - **w przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców.**
6. Inne załączniki
-
-

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania

(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 od 6 miesięcy do lat 8.
- §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- § 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, za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania. (...)
- § 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.”)

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Wyjaśnienia:

- ¹ - Wniosek należy złożyć do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu, w którym obecnie spoczywają zwłoki/ szczątki ludzkie.
- ² - Niepotrzebne skreślić.
- ³ - Dotyczy chorób zakaźnych takich jak: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.
- ⁴ - 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 zobowiąza.
- ⁵ - W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć w załączeniu pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli (w przypadku sporu osób uprawnionych).

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Suwałkach
ul. Utrata 9A, 16-400 Suwałki jest Administratorem Danych.

Zgodnie 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, dalej jako Rozporządzenie) ww. Administrator Danych informuje, że:

1. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Suwałkach został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych – dr Andrzej Marek Kisiel, z którym będzie można kontaktować się za pośrednictwem adresu: iod.psse.suwalki@sanepid.gov.pl, tel. 603 033 050;
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z prowadzonymi sprawami administracyjnymi i nie są udostępniane nieupoważnionym odbiorcom;
3. Administrator Danych przetwarza Pani/Pana dane osobowe zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia;
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane dla celów administracyjnych i realizacji zadań, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
6. Administrator Danych, zgodnie z art. 24 ust. 1 Rozporządzenia, stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniam przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani profilowane.

.....
(data i czytelny podpis)