

.....

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

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Ostrowi Mazowieckiej  
ul. gen. Władysława Sikorskiego 3  
07-300 Ostrów Mazowiecka**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczałków\* zmarłego(ej)  
.....zgodnie z poniższym wnioskiem.

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczałków\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczałków (dane wnioskodawcy):**

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

**Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r., poz. 576) 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)  
.....

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok (szczątków/prochów) niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust.1, w związku z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (**Dz. U. z 2024 r., poz. 576**) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: **1) pozostały małżonek, 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.**

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

**Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.**

***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 (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza): .....**  
.....

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych: nr telefonu, adresu e-mail. Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 RODO. Podanie tych danych jest dobrowolne. Brak tych danych osobowych uniemożliwi szybki kontakt z Panią/Panem, a tym samym wydłuży czas załatwienia sprawy.

.....  
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, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

**INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
  - akt zgonu,
  - zgody zarządców cmentarzy
  - akt urzędowy potwierdzający stopień pokrewieństwa.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ostrowi Mazowieckiej reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą: ul. gen. Władysława Sikorskiego 3, 07-300 Ostrów Mazowiecka, tel. (29) 6440680, adres e-mail: sekretariat.psse.ostrow.maz@sanepid.gov.pl
2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej ul. Sikorskiego 3, tel. (29) 6440680, adres e-mail: iod.psse.ostrow.maz@sanepid.gov.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c, e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczymym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.
8. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upłynięciem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.
11. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
*data i czytelny podpis wnioskodawcy*

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

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\* (*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/szczątków\* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*): .....  
.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)