

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
ul. Nowy Świat 6  
72-300 Gryfice**

**WNIOSEK**

o wydanie zezwolenia na ekshumację, przeniesienie/ przewiezenie\* szczątków/ zwłok\* ludzkich

**I. Dane dotyczące zmarłego**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data zgonu.....
4. Nr aktu zgonu.....
5. Miejsce pochowania.....
6. Miejsce przeniesienia.....

**II. Dane wnioskodawcy**

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres do korespondencji.....
3. Nr telefonu.....
4. Nr dokumentu tożsamości ..... wydanego przez.....
5. PESEL.....
6. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa\* wnioskodawcy do zmarłego.....

**III. Pozostałe informacje dotyczące ekshumacji**

1. Data ekshumacji/ przewozu\*.....
2. Firma przeprowadzająca ekshumację/ przewóz\*.....

3. Uzasadnienie wniosku.....  
.....  
.....

4. Najbliżsi pozostali członkowie rodziny  
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa):

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

.....  
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam/my i potwierdzam/my własnoręcznym podpisem, że stosowanie do art. 10 ust. 1 w związku z art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. 2024, poz. 576) brak jest innych żyjących osób, które mają prawo do ekshumacji ww. zwłok/szczałtków ludzkich tj. rodziny zmarłej.

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

2. Jednocześnie zobowiązuję/ujemy się do przestrzegania wszelkich wymogów i warunków obowiązujących przy ekshumacji określonych przez Państwowe Powiatowe Inspektora Sanitarnego w Gryficach.

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

3. Oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny na mocy art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. 2024, poz. 576).

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

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami Rozporządzenia parlament Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – w załączeniu informacja dotycząca pozyskiwania danych osobowych.

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

5. W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.

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

**Załączniki:**

1. Kopia aktu zgonu
2. Dokument potwierdzający tożsamość wnioskodawcy (do wglądu)
3. Akt małżeństwa (oryginał do wglądu)
4. Pełnomocnictwo (-ctwa) (oryginał) lub pełnomocnictwo (-ctwa) notarialne (wpis pełnomocnictwa notarialnego oryginał)
5. Świadcetwo kremacji (jeśli dotyczy)
6. Karta zgonu w przypadku ekshumacji zwłok osób zmarłych przed upływem 2 lat od dnia zgonu z potwierdzeniem czy przyczyną zgonu nie była choroba zakaźna (kserokopia; do wglądu oryginał) lub inny dokument urzędowy wykluczający zgon z powodu choroby zakaźnej (jeśli dotyczy)
7. Oświadczenia najbliższej rodziny zmarłego(ej) tj.: 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 potwierdzające zgodę na przeprowadzenie ekshumacji.
8. Potwierdzenie danych osobowych sporządzone w trakcie przyjmowania wniosku w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gryficach lub wydane przez notariusza.
9. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenie ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
10. Zaświadczenie wydane przez zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji.

\* właściwe zakreślić

Powiatowa Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna  
ul. Nowy Świat 6, 72-300 Gryfice

Gryfice, dnia .....

### OŚWIADCZENIE W SPRAWIE POTWIERDZENIA DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację, przeniesienie/  
przewiezienie\* szczątków/ zwłok\* ludzkich są **zgodne** z danymi. wynikającymi z okazanego  
dokument tożsamości tj. ....wydanego przez .....

....., PESEL .....

.....

podpis osoby przyjmującej wniosek

\* właściwe zakreślić

.....  
(miejscowość, data)

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
c.d. adres zamieszkania

.....  
seria i nr dowodu osobistego

**OŚWIADCZENIE**  
**członka najbliższej rodziny osoby zmarłej\*\* o wyrażeniu zgody na**  
**ekshumację zwłok i transport\***

*(\*\* pozostałego małżonka, krewni wstępni, krewni zstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia)*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację i przeniesienie \* zwłok/szczałków mojej/mojego

.....  
(imię i nazwisko zmarłego, stopień pokrewieństwa )

Z.....  
(nazwa cmentarza)

do.....  
(nazwa cmentarza ze wskazaniem grobu- nowy, istniejący )

Wnioskodawca własnoręcznym podpisem potwierdza prawidłowość podanych informacji i bierze pełną odpowiedzialność prawną.

.....  
(czytelny podpis członka rodziny)

\* właściwe podkreślić

## **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- \* administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gryficach/ Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gryficach z siedzibą w Gryficach, ul. Nowy Świat 6;
- \* kontakt z inspektorem ochrony danych u PPIS w Gryficach/w PSSE w Gryficach jest realizowany drogą e-mailową – iod.psse.gryfice@sanepid.gov.pl;
- \* Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania decyzji zezwalającej na przeprowadzenie ekshumacji na podstawie art. 6 ust. 1, pkt. c RODO;
- \* PPIS w Gryficach/ PSSE w Gryficach udostępni Pani/ Pana dane innym odbiorcom prowadzonego postępowania administracyjnego tj. osobą uprawnionym do pochowania szczątków/ zwłok przewidzianych w przepisie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. 2024, poz. 576);
- \* informacje o zamiarze przekazania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej - nie dotyczy;
- \* Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od momentu zakończenia sprawy;
- \* posiada Pani/ Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- \* ma Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do PUODO (organu nadzorczego) gdy uzna Pani/ Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/ Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- \* podanie przez Panią/ Pana danych osobowych zgodnie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. 2024, poz. 576) jest wymogiem do rozpoczęcia postępowania administracyjnego w celu wydania zezwolenia na ekshumacje szczątków lub zwłok zmarłego. Jest Pani/ Pan zobowiązana(y) do ich podania, a konsekwencją niepodania danych zgodnie z art. 64 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 572) spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania;
- \* Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....  
**podpis wnioskodawcy**