

.....dnia
(miejscowość, dnia)



**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Kościanie
ul. Ks. P. Bączkowskiego 5a
64-000 Kościan**

WNIOSEK

o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewóz
ekshumowanych zwłok (szczątków)

I. Dane wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Nr dowodu osobistego:.....wydany przez.....
.....PESEL.....nr tel.
4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do w/w zmarłego:
.....

II. Dane dotyczące zmarłego(ej)-ekshumowanego:

1. Imię i nazwisko:
.....
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Data zgonu:.....
4. Nr aktu zgonu:.....
5. Miejsce aktualnego pochowania:
6. Miejsce przeniesienia po ekshumacji:
7. Rodzaj grobu poddanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny*
8. W przypadku tzw. otwarcia grobu i pochowania osoby zmarłej (imię i nazwisko osoby zmarłej, data śmierci, data pogrzebu).....

III. Informacje o ekshumacji:

1. Data ekshumacji:.....
2. Sposób transportu, (marka, nr rej. samochodu).....
3. Firma przeprowadzająca ekshumację:.....
.....
4. Uzasadnienie wniosku o zezwolenie na ekshumację:
.....
.....
.....

5. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię nazwisko, stopień pokrewieństwa stosunku do wnioskodawcy, adres zamieszkania):

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

Oświadczenie

Jako uprawniony (z tytułu pokrewieństwa) do złożenia wniosku o ekshumację zwłok (szczątków) niniejszym oświadczam, że został on uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art.15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust.1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. 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.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Jednocześnie oświadczam, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby z dnia 6 grudnia 2001 r. (Dz. U. Nr 152, poz. 1742) tj.: cholery, duru wysypkowego i innych riketsjoz, dżumy, gorączki powrotnej, nagminnego porażenia dziecięcego, nosacizny, trądu, wąglika, wścieklizny, żółtej gorączki i innych wirusowych gorączek krwotocznych.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Jednocześnie zobowiązuje się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kościanie.

Warunki przy ekshumacji zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 07.12.2001 r.

- a) ekshumacja powinna odbywać się w okresie od 16 października do 15 kwietnia, w godzinach rannych;
- b) przy ekshumacji mogą być obecne tylko osoby wykonujące nadzór z urzędu oraz bezpośredniego zainteresowane (najbliższa rodzina zmarłego);
- c) wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny należy umieścić w nowej trumnie;
- d) wszystkie czynności związane z przeprowadzoną ekshumacją wykona profesjonalna firma.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Na podstawie art. 6 ust 1 lit a w związku z art. 7 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIEŚNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPLYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1)

wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kościanie w celu prowadzenia niniejszego postępowania. * Niewłaściwe skreślić

Oświadczam, iż dane osobowe są zgodne z prawdą i podaję je dobrowolnie.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych, na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIEŚNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPLYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1), w tym w szczególności z prawem dostępu do treści swoich danych osobowych, prawem do ich sprostowania, usunięcia oraz prawem do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto zapoznałem się z prawem do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawem do przenoszenia danych oraz prawem do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

Nie wyrażenie zgody spowoduje brak możliwości rozpatrzenia wniosku z uwagi na niezbędność przedmiotowych danych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- 1. akt zgonu
- 2. zgody zarządców cmentarzy
- 3. zaświadczenia o przyczynie zgonu w przypadku, gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata
- 4. Oświadczenie uprawnionego członka rodziny osoby zmarłej.

* - właściwe zakreślić