………………………………………………. Włoszczowa, ………………………

(nazwisko i imię)

……………………………………………….

(adres zamieszkania z kodem)

……………………………………………….

(stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego)

……………………………………………….

(Nr ewidencyjny dowodu osobistego i nr telefonu)

**WNIOSEK**

**Do Państwowego Powiatowego**

**Inspektora Sanitarnego we Włoszczowie**

w sprawie wydania zezwolenia na przewóz zwłok

za granicę Rzeczypospolitej Polskiej

Zwracam się z prośbą o wydanie zezwolenia na przewóz zwłok niżej wymienionej osoby:

1. imię i nazwisko: ………………………………………………………………………..…………………..…………..................

2. Wiek: …………………………………………………………………………..……………………………..……………………………..

3. M-sce zam. przed zgonem: ….……………………………..…………………………………………..…………………………

4. Data zgonu: ……………………………………………………………………………………..………………………………………..

5. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia

 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity – Dz.U. z 2023r. poz. 887) **tak\***, **nie\***

 z Polski ……………………………………. do ………………………………….…………………………………….......................

 (nazwa miejscowości) (miejscowość i nazwa kraju docelowego)

Przewóz zwłok odbywa się następującym środkiem transportu: ………………………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informuję, że jestem członkiem rodziny osoby zmarłej\*, posiadam upoważnienie do odbioru i przewozu

zwłok\*

Załączniki:

- Kserokopia karty zgonu

- Upoważnienie\*

…….……………………………………………………

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreśli