|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rzeczpospolita Polska | | Państwowy Powiatowy/~~Państwowy Graniczny~~ Inspektor Sanitarny | | | | | | | | | | | | | | |  | | | SYMBOL - **HKN.9011.3………..20……..** Adnotacje urzędu | | | | | | | | | | |
| W CIECHANOWIE | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **zwłok lub** | | | | | | | |  | | **szczątków** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | Wniosek złóż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub do państwowego granicznego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | Pola wyboru oznaczaj  lub . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer dowodu osobistego | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesel | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | **2.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu | |  | | | | Nr lokalu | | | |  | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | |  |  | - |  |  |  | |
|  | | **2.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy** *(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2.4. Dane pełnomocnika** *(podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** *(jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj jego adres)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu | |  | | | | Nr lokalu | | | |  | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | | | |  |  | - |  |  |  | |
| **3. Treść wniosku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.1. Uzasadnienie** *(podaj powód ekshumacji)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce urodzenia | |  | | | | | | | | Data urodzenia | | | | | | | | |  | | |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zgonu | |  | | | | | | | | Data zgonu | | | | | | | | |  | | |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przyczyna zgonu | |  | | Choroba niezakaźna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Choroba zakaźna | | | | | | Rodzaj choroby zakaźnej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania przed ekshumacją | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania po ekshumacji | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pozostali uprawnieni | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny).* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.4. Oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | |  | |  | - |  |  | - | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis wnioskodawcy | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Podstawa prawna** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. 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, nosacizna, trąd, wąglik, 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. 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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Inne załączniki:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Data i podpis wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Data | |  | |  | - |  |  | - | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)

**Informacja o firmie dokonującej ekshumacji**

**Ekshumacja ……………………………………… ………………………………**..będzie

Imię i nazwisko osoby ekshumowanej

przeprowadzanaprzez uprawniony podmiot prowadzący działalność gospodarczą w podklasie PKD 96.03.Z,

Nazwa firmy

…………………..………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Klauzula informacyjna (RODO)**

Zgodnie z art. 13 *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), zwanego dalej RODO, informujemy, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 27 w Ciechanowie, kod pocztowy 06-400, e-mail: ciechanow@psse.waw.pl., telefon: (23) 672 33 13, (23) 672 41 63
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Mariusz Frątczak, ul. Sienkiewicza 27 w Ciechanowie, kod pocztowy 06-400, pokój nr 1, e-mail: oc.ciechanow@psse.waw.pl, telefon: (23) 672 33 13,

(23) 672 41 63 wew. 30

1. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania zezwolenia na ekshumację, na podstawie art. 6 ust 1 lit. c RODO.
2. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały profilowaniu.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
6. Przekazane dane osobowe będą przechowywane w okresach czasu określonych w Instrukcji Kancelaryjnej PSSE w Ciechanowie na podstawie: Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020r. poz. 164 oraz rozporządzenia Ministra Kultury i dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 246, ).

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)