|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rzeczpospolita Polska | | Państwowy Powiatowy/Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny | | | | | | | | | | | | | | |  | | | SYMBOL/00/00 / Adnotacje urzędu | | | | | | | | | | | |
| w | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 oraz jaki jest rodzaj grobu, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki. Podaj informację czy będzie wykonana kremacja.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pozostali uprawnieni | | 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Data i podpis wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | |  | |  | - |  |  | - | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę.

Oświadczenie o woli zmiany danych osobowych lub ich poprawy, jak też cofnięcie zgody winno być złożone w formie dokumentowej.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na postawie zgody przed jej wycofaniem.

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

w zakresie:

**zawartym we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewiezienie zwłok/szczątków ludzkich**

(zakres przetwarzanych danych)

przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chełmie, 22-100 Chełm, ul. Szpitalna 48

w celu/celach:

**związanych z wydaniem decyzji zezwalającej na przeprowadzenie ekshumacji   
i przewiezienia zwłok/szczątków ludzkich.**

(cele przetwarzania danych)

………………………………………………………………………

(Data, miejsce i czytelny podpis wnioskodawcy)

1..........................................................................................................................................................

2..........................................................................................................................................................

3..........................................................................................................................................................

4..........................................................................................................................................................

5..........................................................................................................................................................

6..........................................................................................................................................................

7..........................................................................................................................................................

(Data, miejsce i czytelny podpis wszystkich członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i sposobie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1 z dnia 04.05.2016 r.), informujemy:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną   
   w Chełmie jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Chełmie, dalej zwany Administratorem,   
   z siedzibą w Chełmie, ul. Szpitalna 48.
2. W celu kontaktu z inspektorem ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Chełmie mogą skorzystać Państwo z następujących możliwości:

- przez e-mail: [psse.chelm@sanepid.gov.pl](mailto:psse.chelm@sanepid.gov.pl)

- listownie na adres: ul. Szpitalna 48, 22-100 Chełm

- telefonicznie na nr: 82 565 34 21

1. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Chełmie są przetwarzane dane osobowe w celu realizacji swojego ustawowego zadania, który realizujemy w interesie publicznym, tj. wydanie zezwolenia   
   na ekshumację i transport zwłok lub szczątków, na podstawie obowiązku z art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r., poz. 887 z późn. zm.) – podstawa prawna przetwarzania z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia   
   27 kwietnia 2016 r.
2. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Chełmie są przetwarzane dane osobowe na podstawie: ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 338 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ( Dz. U. z 2023 r., poz. 887   
   z późn. zm.)
3. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach i na podstawie wskazanych w pkt. 3 i 4, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być tylko podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, o których mowa w pkt. 4.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny   
   do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3 i 4 lub wynikających z przepisów prawa, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
5. W związku z przetwarzaniem przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Chełmie Państwa danych   
   w celach i na podstawie przepisów prawa wskazanych w pkt. 3 i 4 przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania

- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych przez Administratora, narusza przepisy RODO.

1. W związku z przetwarzaniem przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Chełmie Państwa danych   
   w celach i na podstawie przepisów prawa wskazanych w pkt. 3 i 4 nie przysługuje Państwu prawo do:

- żądania usunięcia danych osobowych,

- przenoszenia danych osobowych,

- sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych,

gdyż podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

1. W związku z przetwarzanie przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Chełmie Państwa danych   
   na podstawie Państwa zgody przysługuje Państwu prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania; żądania usunięcia danych osobowych; przenoszenia danych osobowych; sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych przez Administratora, narusza przepisy RODO.
2. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego   
   na administratorze, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 lit. c – rozporządzenia RODO).

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)