

....., dnia
miejscowość

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
we Włocławku

W N I O S E K
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków ludzkich

Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko
2. Adres
.....
3. Tel.....
4. Seria i numer dowodu osobistego
wydanego przez
dnia
5. PESEL.....

Dane dotyczące zmarłego I :

1. Imię i nazwisko zmarłego/ej
.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu - choroba zakaźna - tak/nie*
5. Przewóz po ekshumacji do kremacji – tak/nie*
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą.. ..

Dane dotyczące zmarłego II :

1. Imię i nazwisko zmarłego/ej
.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu - choroba zakaźna - tak/nie*
5. Przewóz po ekshumacji do kremacji – tak/nie*
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą.. ..

Dane dotyczące zmarłego III :

1. Imię i nazwisko zmarłego/ej
.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu - choroba zakaźna - tak/nie*
5. Przewóz po ekshumacji do kremacji – tak/nie*
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą.....

Dane dotyczące zmarłego IV:

1. Imię i nazwisko zmarłego/ej
.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu - choroba zakaźna - tak/nie*
5. Przewóz po ekshumacji do kremacji – tak/nie*
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą.....

Dane dotyczące zmarłego V:

1. Imię i nazwisko zmarłego/ej
.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu - choroba zakaźna - tak/nie*
5. Przewóz po ekshumacji do kremacji – tak/nie*
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą.....

Informacje dotyczące osób zmarłych wskazanych we wniosku:

1. Adres cmentarza, na którym zwłoki / szczątki / urna z prochami są pochowane
.....
.....
2. Nazwa i adres zarządcy cmentarza na którym zwłoki / szczątki / urna z prochami są pochowane.....
.....
.....
3. Adres cmentarza, na który zwłoki / szczątki / urna z prochami mają być przeniesione
.....
.....
4. Nazwa i adres zarządcy cmentarza na który zwłoki / szczątki / urna z prochami mają być przeniesione.....
.....
.....
5. Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego/ej uprawnieni do ekshumacji* (imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa):
.....
.....
.....
.....
.....
6. Uzasadnienie wniosku
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że:

1. Jestem osobą uprawnioną, na podstawie art. 15 ust. 1, w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) do wystąpienia z wnioskiem o ekshumację zwłok (szczątków) zmarłych *(wpisać imiona i nazwiska osób zmarłych)*:

.....
.....
.....
.....

2. Wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) 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.

3. Członkowie rodziny uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku nie wyrażają sprzeciwu oraz nie jest mi wiadomo, aby w sprawie dotyczącej tej ekshumacji toczył się jakikolwiek spór sądowy.

4. Dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oraz art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1691) i potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wymagań i warunków przeprowadzenia ekshumacji określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włocławku.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data przyjęcia wniosku i podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

Tożsamość wnioskodawcy potwierdzono na podstawie

.....
.....
.....
** niepotrzebne skreślić*

ZAŁĄCZNIKI:

1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik (wraz z opłatą skarbową za pełnomocnictwo).
2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, 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.

DODATKOWE INFORMACJE:

.....
.....
.....
.....
.....