

....., dnia

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Legionowie**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczątków* zmarłego(ej)zgodnie z poniższym wnioskiem.

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację
zwłok, szczątków/prochów***

1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków

(dane wnioskodawcy):

nazwisko:

imię lub imiona:.....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu:.....

.....

dowód tożsamości (*numer, seria, wydany przez*):

.....

Telefon kontaktowy:.....

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.

.....

.....

.....

.....

.....

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok(szcątków/prochów) niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, wymienionymi w załączniku nr 1, którym art. 15 ust.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 2017 r. poz. 912), 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.

2. Dane osoby zmarłej:

nazwisko:.....

imię lub imiona:.....

nazwisko rodowe:.....

data i miejsce urodzenia:.....

data i miejsce zgonu:.....

Oświadczam, że zgon nastąpił/ nie nastąpił* z powodu choroby zakaźnej** wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001r. Nr 152, poz. 1742).

3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....

4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....

5. Przewozu dokona firma (nie dotyczy przewozu urny ze spoielonymi zwłokami):.....

6. Proponowana data ekshumacji:.....

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Legionowie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz.1000)

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)

.....
data przyjęcia wniosku

.....
podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

** cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

Art. 233

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym, lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu.

(...)

§ 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

INFORMACJA!

Podpisy na wniosku należy poświadczyc notarialnie lub złożyć w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej lub dostarczyć z poświadczeniem wiarygodności podpisu przez właściwy organ administracji samorządowej lub powiatowej.

**Wykaz pozostałych członków rodziny osoby zmarłej uprawnionych do współdecydowania
w sprawie będącej podmiotem wniosku**

(pozostały małżonek, krewni zstępni- dzieci, wnuki, krewni wstępni-dziadkowie, krewni boczni do czwartego stopnia pokrewieństwa – rodzeństwo, ciotki, stryjowie, kuzynowie, powinowaci w linii prostej do pierwszego stopnia- teść, teściowa, osoba dobrowolnie do tego zobowiązując się)

/imię, nazwisko, adres zamieszkania, pokrewieństwo/

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację zwłok/szczątków* niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 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 2017r. poz. 912) przyznaje prawo do pochowania zwłok.

Oświadczam, że dane zawarte w wykazie są prawdziwe a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art.233 Kodeksu Karnego).

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Legionowie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legionowie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej z siedzibą w Legionowie przy ul. Gen. Sikorskiego 11

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Legionowie można uzyskać pod adresem iod.psse.legionowo@sanepid.gov.pl telefon (22) 774 15 76

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu:

- ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych,
- wykonywania badań laboratoryjnych i pomiarów.

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

- ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59.) ;
- ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 912);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 z późn.zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków (Dz. U. Nr 75 poz. 405 ze zm).
- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 151 ze zm.);
- ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.);
- ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 475 ze zm.);

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

6) Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- c) do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych
- d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego

w celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy.

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zleconych badań jest konieczne, aby Administrator mógł dopełnić żądanie od osoby której dane dotyczą. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wykonania zlecenia.

9) Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

10) Państwa dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.

.....
miejscowość, data

Imię i nazwisko.....
.....

Adres
.....
.....

Tel. Kontaktowy

Nr i seria dowodu osobistego
.....

PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że jako (stopień pokrewieństwa) jestem osobą uprawnioną, na podstawie art. 15 ust. 1, w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 912) do współdecydowania i wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków* zmarłego/ej* pochowanego/ej* na cmentarzu

.....
celem ponownego pochowania na cmentarzu:

.....
Jednocześnie oświadczam, iż nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy. Oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art.233 Kodeksu Karnego)

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Legionowie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz.1000)

.....
podpis wnioskodawcy

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Legionowie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legionowie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą w Legionowie przy ul. Gen. Sikorskiego 11

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Legionowie można uzyskać pod adresem iod.psse.legionowo@sanepid.gov.pl telefon (22) 774 15 76

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu:

- ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych,
- wykonywania badań laboratoryjnych i pomiarów.

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

- ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59.) ;
- ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 912);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 z późn.zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków (Dz. U. Nr 75 poz. 405 ze zm).
- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 151 ze zm.);
- ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.);
- ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 475 ze zm.);

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

6) Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- c) do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych
- d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego

w celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy.

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zleconych badań jest konieczne, aby Administrator mógł dopełnić żądanie od osoby której dane dotyczą. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wykonania zlecenia.

9) Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

10) Państwa dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.

Właściciel /zarządca cmentarza (nazwa, adres)

.....
wyraża zgodę na ekshumację zwłok, szczątków/ prochów* (imię nazwisko, data pochówku,
miejsce pochówku-nr kwatery).....
.....
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/ prochów * (imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku-nr kwatery)
.....
.....
.....

.....
(data, pieczęć i podpis)