. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Opole, dn. . . . . . . . . . . . . imię i nazwisko

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

 adres

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

 seria i nr dowodu osobistego

**Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny**

 **w Opolu**

 Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok zmarłego (zmarłej). . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

Uzasadnienie wniosku . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . .. . .. . . . .. .. . . . . . . . . . . . . . .

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

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

Informacje dotyczące osoby zmarłej:

1. Data i miejsce urodzenia. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. Data i miejsce zgonu. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
3. Przyczyna zgonu choroba niezakaźna/choroba zakaźna

(właściwe zakreślić)

Informacja dotyczące ekshumacji:

1. Miejsce aktualnego pochówku . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. Miejsce przyszłego pochówku . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
3. Przeprowadzający ekshumację . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . .
4. Data ekshumacji . .. . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Wykaz członków rodziny uprawnionych do ekshumacji (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, dokładny adres zamieszkania), zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 ze zm.)

* 1. . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .. .. . . . . .. . . . . . . .

* 1. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . .
	2. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .. . . . . . . . . . . . . . .. .. . . . . . . . . .. . . .. . . . . . . . . . . . . .

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

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumacje oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumacje i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.

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

 (podpis)

Załącznik:

1. Odpis/ksero skróconego aktu zgonu
2. Zgody od wykazanych osób uprawnionych do ekshumacji