

.....

....., dnia .....

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Wyszkowie**

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

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczałków\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczałków  
(dane wnioskodawcy):**

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

.....

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

.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

**Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

.....

.....

.....

.....

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) są:**

1. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

2. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

3. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

4. ....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji (imię i nazwisko ekshumowanej osoby) .....

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.

*W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.*

**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. 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. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami):**.....  
.....

**6. 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.**

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

.....  
*data przyjęcia wniosku*

.....  
*podpis pracownika potwierdzającego  
tożsamość wnioskodawcy*

**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.

\* niepotrzebne skreślić

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

**INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszku lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
  - akt zgonu,
  - zgody zarządców cmentarzy.

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wyszkanie reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą: ul. Ignacego Daszyńskiego 28, 07-200 Wyszkanie, tel. 29 742 32 45, adres e-mail: sekretariat.psse.wyszkanie@sanepid.gov.pl
2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkanie, ul. Ignacego Daszyńskiego 28, 07-200 Wyszkanie, tel. 29 742 32 45, adres e-mail: miroslaw.osowiecki@sanepid.gov.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c, e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkanie.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.
8. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upływem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkanie okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.
11. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

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

Właściciel /zarządca cmentarza (*nazwa, adres*).....

.....  
wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałków\* (*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/szczałków\* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*):.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)

.....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres zamieszkania)

.....

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok.....  
mojego/ej..... z cmentarza.....  
(stopień pokrewieństwa)  
na cmentarz.....  
na wniosek Pani/a.....  
skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wyszkanie.

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań.

.....  
(data i czytelny podpis)

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wyszkowie reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą: ul. Ignacego Daszyńskiego 28, 07-200 Wyszków, tel. 29 742 32 45, adres e-mail: sekretariat.psse.wyszkow@sanepid.gov.pl
2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkowie, ul. Ignacego Daszyńskiego 28, 07-200 Wyszków, tel. 29 742 32 45, adres e-mail: miroslaw.osowiecki@sanepid.gov.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c, e RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru sanitarnego nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczkowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkowie.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją, wycofania zgody.
8. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upływem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wyszkowie okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem wydania decyzji dotyczącej ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich.
11. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(data i czytelny podpis)