………….…….………………, dnia………….……..

 (miejscowość)

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

 **w Nisku**

**WNIOSEK**

**o wydanie zgody na wywóz zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

1. **Dane dotyczące zmarłego/ej:**

1. Imię(Imiona) i nazwisko……………………………………………………………………………….

2. Nazwisko rodowe ……………………………………………………………………………………..

3. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………………….

4. Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………….......................

5. Data i miejsce zgonu…………………………………………………………………………………..

6. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki ludzkie zostaną przewiezione ………………………………….. ..….………………………………………………………………………………………………………

7. Miejsce przyszłego pochówku ……………………………………………………………………….

**II. Dane dotyczące środka transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/ szczątki ludzkie:**

1.Środek transportu (rodzaj) ………………………………………………………………………….

2. Nr rejestracyjny środka transportu \*…………………………………………………………….....

3. Nazwa firmy pogrzebowej\* ...………………………………………………………………………

**III. Dane dotyczące wnioskodawcy:**

1. Imię (Imiona) i nazwisko……………………………………………………………………………

2.Adres zamieszkania…………………………………………………………………........................

3.Numer telefonu ……………………………………………………………………………………..

4. Numer i seria dowodu osobistego …………………………………………………………………

5. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym ……………………………………………………………….

\* Podać w przypadku środka transportu firmy pogrzebowe

**IV. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)**

a)………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………b)………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………c)………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… d)………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na wywóz zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

………………………………………………………………………………………………….

 (imię/imiona i nazwisko zmarłego)

niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym
art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych
(Dz. U. z 2023r., poz.887) 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.

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

…..……………………………….

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Akt zgonu, lub inny dokument stwierdzający zgon.

2. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej
w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym).

3. Dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki/szczątki ludzkie maja być pochowane.

4. Dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki/szczątki ludzkie mają być przewożone.