

.....
(miejscowość, data)

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Sieradzu
ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52
98-200 Sieradz

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok / szczątków

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok lub szczątków zmarłego(ej):

I. **Dane dotyczące osoby zmarłej:**

(imię i nazwisko)

1. Data i miejsce urodzenia:

.....

2. Data i miejsce zgonu :

.....

3. Przyczyna zgonu /nie dotyczy jeżeli od daty zgonu upłynęły 2 lata/:

.....

4. Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane:

.....

.....

5. Rodzaj grobu:

.....

(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób)

6. Adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione:

.....

.....

7. Rodzaj grobu:

.....

.....

(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób)

w przypadku dochowania do grobu ziemnego data ostatniego pochówku

.....

8. Zakład przeprowadzający ekshumację

.....

.....

9. Zakład wykonujący transport zwłok/szczątków:

.....

.....

10. Data ekshumacji:

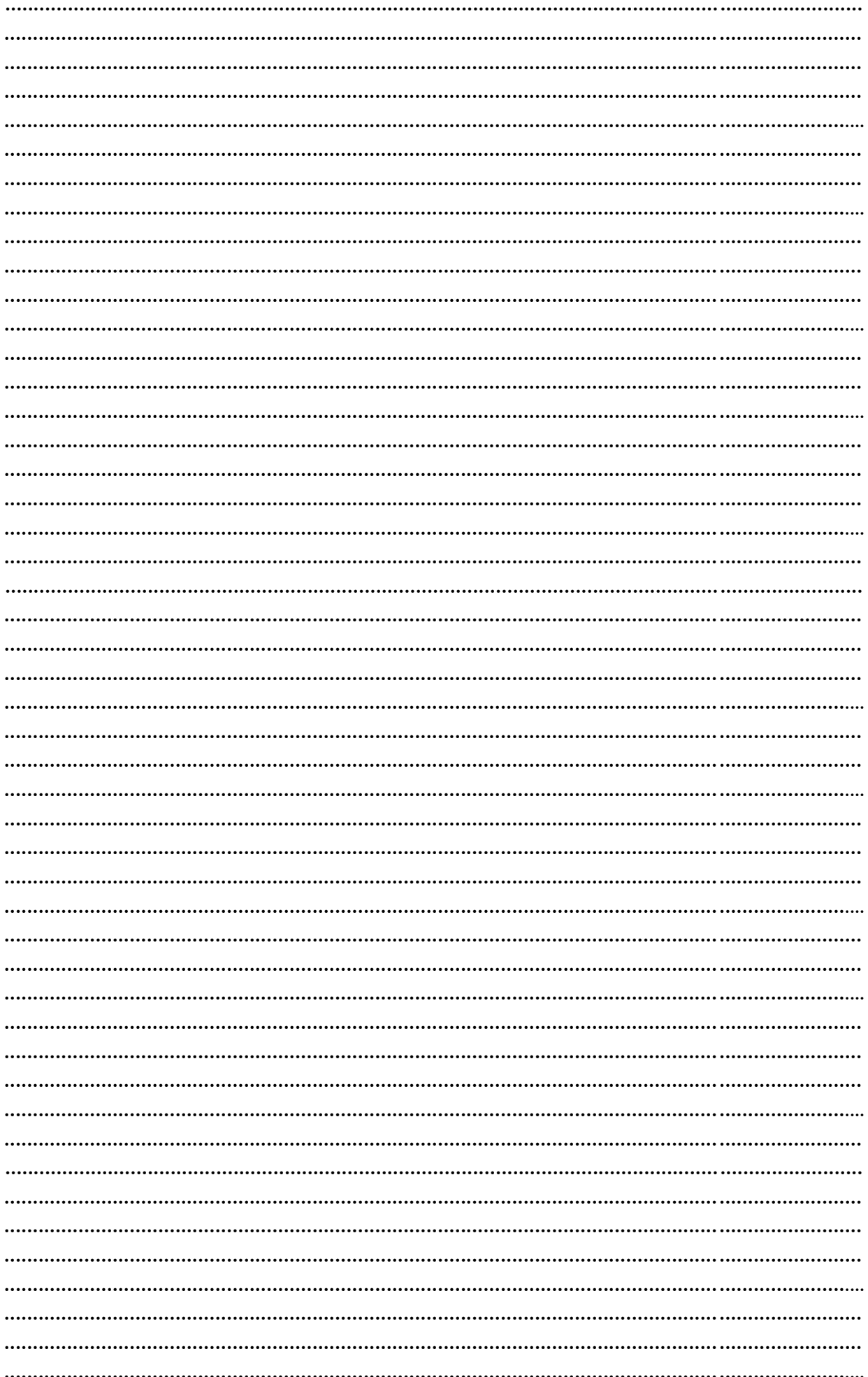
II. Dane wnioskodawcy:.....

Imię i nazwisko

1. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:.....
2. Adres zamieszkania:
3. Adres do korespondencji:
4. Dowód tożsamości
seria, numer, wydany przez
5. Nr telefonu / adres e-mail do kontaktu /niewymagany/:
6. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację:

III. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych)

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.



Jest mi wiadomo, że stosownie do art. 15 ust.1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) prawo do ekshumacji zwłok przysługuje najbliższej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostałemu małżonkowi, 2) krewnym zstępnym, 3) krewnym wstępnym, 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowatym w linii prostej do 1 stopnia. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

Oświadczam, że osoby uprawnione 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, na dowód czego przedstawiam ich zgody na przeprowadzenie ekshumacji. Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przepisami prawa.

.....
/data i podpis/

Do wniosku należy dołączyć załączniki:

Załącznik nr 1 Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy.

Załącznik nr 2 Zgoda/y pozostałych uprawnionych osób na przeprowadzenie ekshumacji wraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych tych osób.

Załącznik nr 3 Zgody zarządców cmentarzy.

Akt zgonu zmarłego.

Akty stanu cywilnego dokumentujące pokrewieństwo wnioskodawcy ze zmarłym.

Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sieradzu.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 i 14 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu, reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, z siedzibą przy ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz.
2. Z Administratorem można kontaktować się pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu, ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz, e-mail: sekretariat.psse.sieradz@sanepid.gov.pl tel.: 43 656 52 14.
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: iod@dpexpert.eu.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w szczególności prowadzenia czynności kontrolnych, interwencyjnych, wyjaśniających i administracyjnych, dokumentowania ich przebiegu oraz ustaleń, a także prowadzenia korespondencji i archiwizacji dokumentacji.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, tj. obowiązek prawny ciążyący na Administratorze oraz wykonywanie zadania realizowanego w interesie publicznym, w związku z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Kodeksem postępowania administracyjnego oraz innymi właściwymi przepisami prawa.
6. W przypadku gdy w toku czynności kontrolnych lub interwencyjnych przetwarzane będą szczególne kategorie danych osobowych, podstawą ich przetwarzania będzie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. ważny interes publiczny wynikający z przepisów prawa.
7. Przetwarzane mogą być w szczególności dane identyfikacyjne, adresowe, kontaktowe, dane dotyczące funkcji lub stanowiska, dane osób reprezentujących podmiot kontrolowany, osób uczestniczących w kontroli, osób zgłaszających interwencję, świadków, pełnomocników, a także inne dane ujawnione w toku czynności kontrolnych lub zawarte w dokumentacji sprawy.
8. Dane mogą pochodzić bezpośrednio od osoby, której dotyczą, od podmiotu kontrolowanego, od osoby zgłaszającej interwencję, z dokumentów przedstawionych w toku kontroli, z rejestrów publicznych, od innych organów administracji publicznej lub innych podmiotów, jeżeli wynika to z przepisów prawa.
9. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, w szczególności organy administracji publicznej, sądy, prokuratura, organy ścigania, inne jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi informatyczne, pocztowe, archiwizacyjne, prawne lub doradcze.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa oraz przepisów kancelaryjno-archiwalnych obowiązujących u Administratora.
11. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
12. Podanie danych jest obowiązkowe, jeżeli wynika z przepisów prawa lub jest niezbędne do realizacji czynności kontrolnych, interwencyjnych, wyjaśniających lub administracyjnych. Niepodanie danych może utrudnić lub uniemożliwić przeprowadzenie sprawy.
13. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
14. W przypadku zgłoszeń interwencyjnych dane osoby zgłaszającej mogą zostać ujawnione stronie postępowania wyłącznie wtedy, gdy wynika to z przepisów prawa, jest niezbędne dla prowadzenia sprawy lub realizacji praw strony postępowania.

Data

Czytelny podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. **numer telefonu*** i **adres e-mail*** przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Sieradzu z siedzibą przy ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji i usprawnienia realizacji czynności wykonywanych przez pracowników PSSE w Sieradzu. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałam(-em) się z treścią **klauzuli informacyjnej****, w tym między innymi o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania oraz możliwości wycofania niniejszej zgody. Cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem jej przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.

* **niepotrzebne skreślić**

****Załącznik:** Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w PSSE w Sieradzu.

Data

Czytelny podpis

.....

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/-na.....,

zamieszkały/-a

.....

legitymujący/-ca się dowodem osobistym nr

oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację zwłok/szczątków

.....

(podać dane osoby pochowanej, stopień pokrewieństwa oraz miejsce pochowania)

oraz na ponowne pochowanie ich na

.....

(podać miejsce nowego pochówku)

Jednocześnie oświadczam, że ustanawiam/ nie ustanawiam* swoim pełnomocnikiem.....

..... zamieszkałego/-ą w

.....

legitymującego/-ą się dowodem osobistym nrdo reprezentowania

mnie przed organami administracji państwowej w powyższej sprawie.

.....

(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 i 14 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu, reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, z siedzibą przy ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz.
2. Z Administratorem można kontaktować się pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu, ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz, e-mail: sekretariat.psse.sieradz@sanepid.gov.pl tel.: 43 656 52 14.
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: iod@dpexpert.eu.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w szczególności prowadzenia czynności kontrolnych, interwencyjnych, wyjaśniających i administracyjnych, dokumentowania ich przebiegu oraz ustaleń, a także prowadzenia korespondencji i archiwizacji dokumentacji.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, tj. obowiązek prawny ciążyący na Administratorze oraz wykonywanie zadania realizowanego w interesie publicznym, w związku z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Kodeksem postępowania administracyjnego oraz innymi właściwymi przepisami prawa.
6. W przypadku gdy w toku czynności kontrolnych lub interwencyjnych przetwarzane będą szczególne kategorie danych osobowych, podstawą ich przetwarzania będzie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. ważny interes publiczny wynikający z przepisów prawa.
7. Przetwarzane mogą być w szczególności dane identyfikacyjne, adresowe, kontaktowe, dane dotyczące funkcji lub stanowiska, dane osób reprezentujących podmiot kontrolowany, osób uczestniczących w kontroli, osób zgłaszających interwencję, świadków, pełnomocników, a także inne dane ujawnione w toku czynności kontrolnych lub zawarte w dokumentacji sprawy.
8. Dane mogą pochodzić bezpośrednio od osoby, której dotyczą, od podmiotu kontrolowanego, od osoby zgłaszającej interwencję, z dokumentów przedstawionych w toku kontroli, z rejestrów publicznych, od innych organów administracji publicznej lub innych podmiotów, jeżeli wynika to z przepisów prawa.
9. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, w szczególności organy administracji publicznej, sądy, prokuratura, organy ścigania, inne jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi informatyczne, pocztowe, archiwizacyjne, prawne lub doradcze.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa oraz przepisów kancelaryjno-archiwalnych obowiązujących u Administratora.
11. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
12. Podanie danych jest obowiązkowe, jeżeli wynika z przepisów prawa lub jest niezbędne do realizacji czynności kontrolnych, interwencyjnych, wyjaśniających lub administracyjnych. Niepodanie danych może utrudnić lub uniemożliwić przeprowadzenie sprawy.
13. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
14. W przypadku zgłoszeń interwencyjnych dane osoby zgłaszającej mogą zostać ujawnione stronie postępowania wyłącznie wtedy, gdy wynika to z przepisów prawa, jest niezbędne dla prowadzenia sprawy lub realizacji praw strony postępowania.

Data

Czytelny podpis

Właściciel/zarządca cmentarza.....

.....
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków*.....

.....
(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/szczątków*.....

.....
(imię nazwisko, miejsce pochówku)

.....
(data, pieczęć i podpis)