

.....
(miejscowość)

.....
(data)

Państwowy Powiatowy

Inspektor Sanitarny

w

WNIOSEK

**o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok / szczątków ludzkich^{1 2}
poza granice Rzeczypospolitej Polskiej**

1. Dane wnioskodawcy:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres korespondencyjny (*jeżeli jest inny niż adres zamieszkania*)

.....

Numer i seria dokumentu tożsamości.....

2. Dane pełnomocnika (*jeżeliostał ustanowiony*)

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres korespondencyjny

3. Dane dotyczące osoby zmarłej:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

Ostatnie miejsce zamieszkania.....

Data zgonu.....

Miejsce zgonu.....

Zgon nastąpił / nie nastąpił (*właściwe podkreślić*) na skutek choroby zakaźnej wymienionej w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych,

¹ Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. Nr 249, poz. 1866) przepisy rozporządzenia dotyczące wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich stosuje się odpowiednio do wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz szczątków powstałych ze spoielenia zwłok.

² Właściwe podkreślić

w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby³ (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne).

4. Informacje dotyczące miejsca pochowania osoby zmarłej:

Miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione (*miejsceowość, nazwa i adres miejsca, którego zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie*)

.....
.....

Miejsce pochówku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (*kraj, miejsceowość*)

.....

5. Dane dotyczące środka transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie:

Rodzaj środka transportu - drogowy, kolejowy, lotniczy, wodny (*właściwe podkreślić*)

Dane identyfikujące środek transportu⁴

.....
.....

6. Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że jako: pozostały małżonek(ka) / krewny zstępny / krewny wstępny / krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa / powinowaty w linii prostej do 1 stopnia (*właściwe podkreślić*)

(*imię (imiona) i nazwisko osoby zmarłej*)

mam prawo do pochowania jego (jej) zwłok / szczątków, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576 ze zm.).

.....

(podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Załączniki:

1) Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik

³ Dz. U. Nr 152, poz. 1742

⁴ Np. marka samochodu, numer rejestracyjny, nazwa i adres przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie przewozu zwłok i szczątków ludzkich, nazwa przewoźnika, itp.

- 2) Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon
- 3) W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon - dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu
- 4) Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane, jak również wymagane dokumenty właściwej władzy państw, przez których terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone, stwierdzające brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, 62-600 Koło, ul. Toruńska 72, sekretariat.psse.kolo@sanepid.gov.pl, tel. 63 2722279.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: iod.psse.kolo@sanepid.gov.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w ramach działań inspekcyjnych wynikających z ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024r., poz. 416) mających na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego.
4. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
6. Odbiorcami, do których mogą być przekazane Państwa dane osobowe będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia spraw na mocy przepisów prawa, którym PSSE w Kole sprawy przekazał. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi PSSE w Kole zawarła umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowników w Urzędzie systemów informatycznych.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U z 2011r. Nr 14, poz. 67 ze zm.).