(druk wypełniać drukowanymi literami)

………………………. ............................, dnia ..................

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Płocku**

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

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

1. **Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szcz**ą**tków**

*(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: .....................................................................................................................................

imię lub imiona: ...........................................................................................................................

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .......................................................................................

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

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

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

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……….……………………….............………………

**Uzasadnienie pro**ś**by o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

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

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

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania
w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 ust 1 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn.zm.) są:**

**1. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym, podpis)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**2. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym, podpis)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**3. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym, podpis)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**4. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym, podpis)

**…………………………………………………………………………………………………..**

**5. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym, podpis)

**…………………………………………………………………………………………………..**

**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.***

1. **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 zarz*ą*dcy cmentarza*)**:…………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy cmentarza)***:………………………………………………………...........................................................**

**………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………**

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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……...……..**

**6. Data ekshumacji:……………………………..………………………………………………………….**

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)

Właściciel/zarządca cmentarza zaświadcza, że w grobie do którego mają być pochowane zwłoki/szczątki po przeprowadzonej ekshumacji znajduje się wolne miejsce na umieszczenie ww zwłok/szczątków ….…….….………….……………………….………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………

(data, pieczęć i podpis)

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

*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka 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 od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 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 za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

(…)

§ 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, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

1. **Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w……………… lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.**

1. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- skrócony odpis aktu zgonu

- zgody zarządców cmentarzy

***Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Płocku Sekcja Higieny Komunalnej***

***nadzór***

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH – informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

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.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako Rozporządzenie):

1. **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Płocku reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Płocku / Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Płocku, ul. Królewiecka 14, 09-402 Płock.

Dane kontaktowe: e-mail: sekretariat.psse.plock@sanepid.gov.pl

Elektroniczna Skrzynka Podawcza Urzędu /09-402Plock1/skrytka tel.: 24 367 26 01

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Może się Pani/Pan kontaktować z wyznaczonym w Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Płocku inspektorem ochrony danych za pośrednictwem adresu email: iod.psse.plock@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora Danych Osobowych.

1. **Cel przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad jakością wody do spożycia przez ludzi, w kąpieliskach, miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli, obiektach basenowych, utrzymaniem należytego stanu sanitarno-higienicznego nieruchomości, obiektów i urządzeń użyteczności publicznej, prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawach przewozu lub ekshumacji zwłok i szczątków ludzkich i nie są udostępniane innym odbiorcom.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie innym organom administracji publicznej uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom, z którymi Administrator Danych Osobowych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.

1. **Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) Rozporządzenia. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 4 ust. 1 pkt 2 oraz art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 338) oraz art. 14 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 14 ust. 4 pkt 1 oraz art. 15 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.).

1. **Prawa osób, których dane dotyczą**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii; do ich sprostowania; usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej; ograniczenia ich przetwarzania; prawo do wniesienia sprzeciwu; żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych; jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest stosowne do przepisów prawa przywołanych w pkt. 4. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Płocku przetwarza Pani/Pana dane osobowe na zasadach opisanych w niniejszej informacji, w celu rozpoznania sprawy i wydania decyzji rozstrzygającej sprawę co do istoty.

1. **Informacja o okresie przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu osiągnięcia celu, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Ponadto Administrator Danych, zgodnie z art. 24 ust. 1 Rozporządzenia, stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Wyjątkiem od przywołanej powyżej zasady nieudostępniania danych, jest prawo przysługujące stronie (stronom) postępowania administracyjnego na mocy art. 73 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 775 z późn. zm.). Na mocy przywołanego przepisu, Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania. Realizacja wskazanego uprawnienia może prowadzić do udostępnienia danych osobowych stron innych uczestników postępowania.