………………………….……………………

*miejscowość, data*

*Do Państwowego Powiatowego*

*Inspektora Sanitarnego*

*w Dąbrowe Górniczej*

WNIOSEK

O WYDANIA ZGODY NA EKSHUMACJĘ/TRANSPORT\* ZWŁOK/SZCZĄTKÓW \*

1. ***Dane wnioskodawcy***
2. Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………..
3. Nazwisko rodowe ………………………………………………………………………………………….
4. Adres zamieszkania…………………………………………………………………...............................

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

1. Nr dowodu osobistego………………………………………….wydanego przez………………………

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

1. Nr telefonu kontaktowego……………………………………………………………….........................
2. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej ………………………………………………..
3. ***Dane dotyczące osoby ekshumowanej***
4. Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………
5. Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………………...
6. Data zgonu………………………………………………………………………………………………..
7. Nr aktu zgonu……………………………………………………………………………………………..
8. Zgon ***nastąpił/ nie nastąpił\**** na skutek choroby zakaźnej
9. Miejsce aktualnego pochówku:

Cmentarz (adres)………………….………………………………………………………...................

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

Parafia lub zarządca cmentarza komunalnego (nazwa i adres).................…………...................

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

Grób ziemny/piwniczka murowana**\***

Szczątki zostaną poddane kremacji ***tak/nie*\***

1. Miejsce przyszłego pochówku:

Cmentarz (adres)………………….…………………………………………………………………….

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

Parafia lub zarządca cmentarza komunalnego (nazwa i adres).................……………………….

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

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

1. ***Uzasadnienie wniosku***

*(należy wskazać przyczyny lub okoliczności powodujące konieczność przeprowadzenia ekshumacji)*

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

Przewozu dokona firma (dot. transportu na inny cmentarz):…………………………............................

……………………………………………………………………………………………………………………

Proponowany termin przeprowadzenia ekshumacji……………………………………...........................

1. **Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku** tj. pozostały małżonek/ka, krewni zstępni - *dzieci, wnuki*, krewni wstępni- *dziadkowie*, krewni boczni do czwartego stopnia pokrewieństwa – *rodzeństwo*, *ciotki,* *stryjowie, kuzynowie*, powinowaci w linii prostej do pierwszego stopnia - *teść, teściowa*,*) zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473)*

1…………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

2.……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

3……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

4……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

5……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

6.……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

7……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

8……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

9.……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania i stopień pokrewieństwa)*

***Oświadczenie***

*Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem jedynym żyjącym krewnym uprawnionym do decydowania w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków śp………………………………………………..zgodnie z art. 15 ust. 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r, o cmentarzach i chowaniu zmarłych i nie jest mi wiadomo aby w sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy\*\**

*Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok/szczątków\* śp……………………………………………………………oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj. pozostały małżonek/ka, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia) uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zwłok zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959r.   
o cmentarz i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakiekolwiek spór sądowy\*\*.*

***Oświadczam że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, i składam je pod rygorem odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego o czym zostałem poinformowany/zostałam poinformowana.***

***Art. 233 kodeksu karnego:***

§ 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 najbliższym.

(…)

§ 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.

*Oświadczam, że zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej i znam przysługujące mi prawa dotyczące ochrony danych osobowych*

***…………………………………………………***

***data i czytelny podpis wnioskodawcy***

***……………………………***

*data przyjęcia wniosku* ***…………………………………………………***

*podpis*

*potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy*

***\* właściwe zaznaczyć***

***\*\* zaznaczyć jeśli dotyczy***

Załączniki:

1. Akt zgonu osoby ekshumowanej (odpis lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
2. Akty zgonu osób zmarłych spokrewnionych z osobą ekshumowaną w myśl art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowania zmarłych, jeśli występują (odpis lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
3. Karta zgonu w przypadku gdy wniosek składany jest przed upływem 2 lat od dnia zgonu;
4. Oświadczenie zarządcy/administratora cmentarza, iż istnieje miejsce do ponownego pochowania zwłok/szczątków\*
5. Oświadczenie zarządcy cmentarza z którego będą ekshumowane szczątki o wyrażeniu zgody
6. Kserokopia świadectwa kremacji (w przypadku ekshumacji szczątków powstałych w wyniku spopielenia zwłok)