

....., dnia

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Piasecznie
ul. Dworska 7
05-510 Konstancin-Jeziorna**

**WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację
i przewiezienie zwłok (szczątków) ludzkich**

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

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków
(dane wnioskodawcy):**

nazwisko:
imię lub imiona:
adres zamieszkania/siedziba podmiotu:
.....
numer telefonu kontaktowego
dowód tożsamości (numer, seria, wydany przez):
.....
stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami ** posiadającymi prawo do współdecydowania
w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912)**

1.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
2.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
3.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
4.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....

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.

2. 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. z 2001 r. Nr 152, poz. 1742).**

3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....

Rodzaj grobu.....
(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....

Rodzaj grobu.....
(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

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

**6. Data ekshumacji:
(po uzgodnieniu z PPIS w Piasecznie)**

7. Przedsiębiorstwo przeprowadzające ekshumację:.....

.....

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej grożącej za złożenie fałszywych zeznań stosownie do art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka 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 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 najbliższemu.
- (...)
- § 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe o świadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

* niepotrzebne skreślić

** prawo do ekshumacji zwłok ludzkich 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.

*** cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
 - akt zgonu,
 - zgody zarządców cmentarzy,
 - oświadczenie przedsiębiorstwa przeprowadzającego ekshumację zwłok (szczątków) ludzkich,
 - oświadczenie przedsiębiorstwa dokonującego przewozu zwłok ludzkich.
 - oświadczenia wszystkich osób uprawnionych do ekshumacji wymienionych w art.10 ww. ustawy

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Piasecznie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Piasecznie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą w Chylicach przy ul. Dworskiej 7.
- 2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej można uzyskać pod adresem piaseczno@psse.waw.pl telefon 22 756 46 20 .
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu:
 - ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych,Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:
 - ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
 - ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji;
 - ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
 - ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia;
 - ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.
- 6) Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:
 - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
 - c) do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych
 - d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczegow celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy.
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zleconych badań jest konieczne, aby Administrator mógł dopełnić żądanie od osoby której dane dotyczą. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wykonania zlecenia.
- 9) Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
- 10) Państwa dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa, adres).....
.....
.....

Wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków* (imię i nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku).....
.....
.....

W celu ponownego pochowania na cmentarzu w
.....
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa, adres).....
.....
.....

Wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....
.....
.....

zwłok/szczątków* (imię i nazwisko, miejsce pochówku).....
.....
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
(data, pieczęć i podpis)