…………………………………… (miejscowość, data)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w………………………………………

**WNIOSEK**

**o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy**
   1. Imię(imiona) i nazwisko……………………………………………………………..…………
   2. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………….
   3. Numer telefonu…………………………………………………………………………………
   4. Numer i seria dowodu osobistego………………………………………………………..……..
   5. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym……………………………………………………..……
2. **Dane dotyczące zmarłej/go**
   1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………………………………………………………
   2. Nazwisko rodowe…………………………….………………………………………………...
   3. Data i miejsce urodzenia…………………………………...…………………………………...
   4. Ostatnie miejsce zamieszkania………………………………………………………………....
   5. Data i miejsce zgonu…………………………………………………………………...……….
   6. Miejsce, z którego zwłoki/ szczątki ludzkie zostaną przewiezione…………………………….

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

* 1. Miejsce przyszłego pochówku…………………………………….……………………………
  2. Przyczyna zgonu (właściwe podkreślić)

a). choroba zakaźna/niezakaźna b). rodzaj choroby zakaźnej ……………………….

**II. Dane dotyczące środka transportu, którym będą** **przewożone zwłoki/ szczątki ludzkie**

1. Rodzaj środka transportu…………………………………………...…………………………..
2. Numer rejestracyjny środka transportu………………………………………………..………..
3. Nazwa firmy pogrzebowej………………………………………………….…………………..

**IV. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie wywozu zwłok** (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa).

a)…………………………………………………………………………………………………… b)…………………………………………………………………………………………………… c)………………………………………………………………………………………………….... d)…………………………………………………………………………………………………… e)..…………………………………………………………………………………………………..

Jako uprawniony do złożenia wniosku o zezwolenie na wywóz zwłok lub szczątków ludzkich z terytorium RP ……………………………………………………………………………..……

imię/imiona i nazwisko zmarłego

Oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym, zgodnie z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1473 ze zmianami) przyznano prawo do pochowania zwłok. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania ( art. 233 Kodeksu Karnego)

……………………………… Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Akt zgonu lub inny dokument stwierdzający zgon
2. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną, wymienioną w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1473 ze zmianami)
3. Dokumenty urzędowe z terytorium państwa, na terenie którego zwłoki/ szczątki ludzkie będą pochowane.
4. Dokumenty urzędowe z państwa, przez którego terytorium zwłoki/ szczątki ludzkie mają być przewożone.