

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok (szczątków)*

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Telefon kontaktowy

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Koninie
ul. Stanisława Staszica 16
62-500 Konin**

Wnoszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok (szczątków)*

.....
imię, nazwisko osoby zmarłej

I. Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
 2. Adres zamieszkania
 3. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej
 4. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia
-

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
 2. Data i miejsce urodzenia
 3. Data i miejsce zgonu
 4. Przyczyna zgonu (w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej podać jej nazwę).....
-
5. Miejsce aktualnego pochówku.....

(nazwa i adres cmentarza)

.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)

6. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji:

- pojedynczy/podwójny/głębinowy.....
- ziemny, murowany, katakumby, inny.....

Czy w grobie z którego ma być dokonana ekshumacja pochowane są inne osoby, jeżeli tak należy podać:

- liczbę osób zmarłych, których zwłoki, szczątki ludzkie lub popioły ludzkie są pochowane w grobie

- datę pochowania zwłok, szczątków ludzkich lub popiołów ludzkich
-

7. Miejsce przeniesienia

(nazwa i adres cmentarza)

.....

(nazwa i adres zarządcy cmentarza)

.....

8. Rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczątki: nowy grób ziemny, murowany, inny.....

.....

9. Termin ekshumacji.....

10. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację.....

.....

.....

11. Środek transportu (dane dotyczące środka transportu i podmiotu transportującego zwłoki/szczątki)*, nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami.....

.....

W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo.

12. Pozostali żyjący członkowie rodziny osoby zmarłej: pozostały małżonek, krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo), krewni wstępni (rodzice, dziadkowie), krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci), pozostali powinowaci w linii prostej do 1 stopnia - podać imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

1) akt zgonu;

2) zaświadczenie o przyczynie zgonu w przypadku jeśli od daty zgonu nie minęły dwa lata;

3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj.: **pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia** którym art. 15 ust. 1, pkt. 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887, z późn. zm.) przyznaje prawo do pochowania zwłok i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz że nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane oraz zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Koninie.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (numer telefonu, adres e-mail) przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Koninie z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 16 wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent.*

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, ale cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.

* niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 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 osobowych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn. zm.) zwanego dalej „RODO” informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Koninie będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie, z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 16
NIP 665 17 43 952; REGON: 00077818800024
e-mail: sekretariat.psse.konin@sanepid.gov.pl
ePUAP – adres skrytki: [/PSSE-Konin/skrytka](#) lub [/PSSE-Konin/skrytkaESP](#)
2. Dyrektor PSSE w Koninie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz realizacji praw związanych z przetwarzaniem danych w następujący sposób:
e-mailem: iod.psse.konin@sanepid.gov.pl
listownie: na adres siedziby administratora danych.
3. Państwa dane osobowe (numer telefonu, adres e-mail) przetwarzane będą *w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent – na podstawie Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych* (podstawa przetwarzania: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Dane osobowe przetwarzane będą do chwili realizacji zadania, do którego dane osobowe zostały zebrane a następnie, przez okres przewidziany dla archiwizacji dokumentów zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.) lub do czasu cofnięcia zgody.
6. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego celu.
10. Państwa dane osobowe nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.