……..…… ……..……

(miejscowość) *(data)*

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w ……..

W N I O S E K

o wydanie zezwolenia na przeprowadzenie ekshumacji zwłok i transport*

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy .....
2. Adres wnioskodawcy .....
3. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym .....
4. Imię i nazwisko zmarłego .....
5. Data zgonu …….. .....
6. Przyczyna zgonu .....
7. Dotychczasowe miejsce pochówku – dokładny adres cmentarza oraz określenie rodzaju cmentarza (parafialny, komunalny) .....
   .....
8. Adres i nazwa cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane ekshumowane zwłoki .....
9. Seria, numer, data i nazwa organu wydającego dowód osobisty ubiegającego się o wydanie zezwolenia.....
   .....
10. Planowany termin przeprowadzenia ekshumacji .....
    .....
11. * Środek transportu którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami) .....
    .....
12. Ekshumację i transport * dokona firma …….
    ……..
13. Data wypełnienia wniosku .....

Oświadczam, iż zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art.9 ust.3a ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000r Nr 23 poz. 295 z późn. zm.)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić

Załącznik:

1. Oświadczenie członka najbliższej rodziny osoby zmarłej (pozostałego małżonka, krewni wstępni, krewni zstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia)