

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok (szczątków) / przewóz zwłok (szczątków)*

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Miejscowość, data

.....
Telefon kontaktowy

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Pile
al. Wojska Polskiego 43
64-920 Pila**

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

.....
Imię i nazwisko osoby ekshumowanej

I. Wnioskodawca:

1. Imię / imiona i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Seria i numer dokumentu tożsamości
4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby ekshumowanej

5. Uzasadnienie przeprowadzenia ekshumacji (właściwe zakreślić X):

- ☐ Oględziny sądowe lub lekarskie
- ☐ Pogłębienie lub przekształcenie grobu w związku z pogrzebem,
który zaplanowano na dzień
Imię i nazwisko osoby zmarłej
- ☐ Przeniesienie zwłok (szczątków) ludzkich / urny z popiołami ludzkimi do innego grobu*

☐ Nowego grobu
(powód przeniesienia)

☐ Istniejącego grobu
(powód przeniesienia)

.....
w którym spoczywa / spoczywają*
Imię i nazwisko osoby / osób pochowanych

☐ Inny uzasadniony przypadek:
.....

* Niepotrzebne skreślić

II. Zwłoki (szczątki) poekshumacyjne zostaną spopielone w:

.....
(nazwa i adres krematorium)
.....

III. Informacje dotyczące osoby ekshumowanej:

1. Imię / imiona i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Data i miejsce zgonu
4. Nr aktu zgonu
5. Adres ostatniego miejsca zamieszkania
6. Przyczyna zgonu – choroba zakaźna - tak / nie * (w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej podać jej nazwę)
7. Miejsce aktualnego pochówku.....

(nazwa i adres cmentarza)

Rodzaj grobu (ziemny / murowany / rodzinny / kolumbarium):

8. Miejsce przeniesienia

(nazwa i adres cmentarza)

Rodzaj grobu (ziemny / murowany / rodzinny / kolumbarium):

9. Termin ekshumacji.....

10. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację

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

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

12. Pozostali żyjący członkowie rodziny osoby ekshumowanej (właściwe zakreślić X):

- ☐ Oświadczam, że nie posiadam innych żyjących bliskich krewnych
- ☐ Pozostały małżonek (imię / imiona i nazwisko)
- ☐ Krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo) (imię / imiona i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby ekshumowanej)

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

- ☐ Krewni wstępni (rodzice, dziadkowie) (imię / imiona i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby ekshumowanej)

.....
.....

- ☐ Krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci) (imię / imiona i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby ekshumowanej)

.....
.....

- ☐ Pozostali powinowaci w linii prostej do 1 stopnia (teściowie) (imię / imiona i nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby ekshumowanej)

.....
.....

Załączniki:

1. Akt zgonu;
2. Zgody zarządców cmentarzy;
3. Oświadczenia wraz z pełnomocnictwem osób uprawnionych do ekshumacji,

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację 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** uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 15 ust. 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r., poz. 576) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, iż zostałem pouczony o treści przepisu:

1. art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2024r., poz. 572), zgodnie, z którym: „Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania”,
2. art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2024r., poz. 17 z późn. zm.), zgodnie, z którym: „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 od 6 miesięcy do lat 8”.

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 Pile.

.....
Czytelny podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 (dalej: RODO) informujemy:

1. Administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach ich przetwarzania, jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Pile, będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Pile, 64-920 Pila, al. Wojska Polskiego 43., e-mail: sekretariat.psse.pila@sanepid.gov.pl, skrytka ePUAP: /PSSEPILA/SkrytkaESP, strona internetowa: www.gov.pl/web/psse-pila tel. (67) 349-71-10.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: krzysztof.kaczmarek@sanepid.gov.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w ramach działań inspekcyjnych wynikających z **ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej**, mających na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego.
4. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. **Posiada Pani/Pan prawo:**
 - dostępu do Pani/Pana danych osobowych w zakresie zgodnym z art. 15 RODO,
 - sprostowania Pani/Pana danych osobowych w zakresie zgodnym z art. 16 RODO,
 - ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie zgodnym z art. 18 RODO,
 - sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie wg art. 21 RODO.

Nie posiada Pani/Pan prawa do:

- usunięcia danych co wynika z art. 17 ust. 3 pkt b, c, d, RODO,
- przenoszenia danych co wynika z art. 20 ust. 3 RODO.

To z jakiego prawa może Pan/Pani skorzystać zależy np. od podstawy prawnej na jakiej przetwarzamy dane oraz celu ich przetwarzania

6. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Odbiorcami, do których mogą być przekazane Pani/Pana dane osobowe będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia spraw na mocy przepisów prawa, którym PSSE w Pile sprawy przekazała. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Pani/Pana dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi PSSE w Pile zawarła umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowników w Urzędzie systemów informatycznych.
8. Pani/Pana **dane osobowe będą przetwarzane**, przechowywane na podstawie przepisów prawa, **przez okres** niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pile z siedzibą w: 64-920 Pila, al. Wojska Polskiego 43 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (RODO) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn. zm.). Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis