

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu (opcjonalnie)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Lubinie**

**WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków**

I. Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko
2. Seria i numer dowodu osobistego.....
3. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa w stosunku do osoby zmarłej.....
4. Dane pełnomocnika, jeśli został ustanowiony (imię, nazwisko, adres, telefon)

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu (zaznaczyć i/lub uzupełnić właściwe):

☐ inna przyczyna ☐ choroba zakaźna ^{1/}.....

^{1/}(należy wpisać w przypadku, gdy przyczyną zgonu była jedna z podanych chorób zakaźnych: cholera, dur wysypkowy lub inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne)

5. Miejsce aktualnego pochówku (nazwa i adres cmentarza, numer kwatery)

.....
.....☐ trumna / ☐ urna - zaznaczyć właściwe

6. Miejsce przysłego pochówku (nazwa i adres cmentarza, numer kwatery)

7. Termin ekshumacji

8. Przedsiębiorca przeprowadzający ekshumację (nazwa i adres, telefon, ewentualnie pieczęć)

9. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (marka i nr rej. pojazdu)

.....

10. Uzasadnienie wniosku (powód ekshumacji)

.....

.....

III. Dane pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku na ekshumację.

Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku, zgodnie z art. 10 ust. 1 oraz art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576)^{2/}

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	DATA	PODPIS ^{3/} <i>Wyrażam zgodę na ekshumację [zaznaczyć właściwe]</i>
				 ☐ tak ☐ nie
				 ☐ tak ☐ nie
				 ☐ tak ☐ nie
				 ☐ tak ☐ nie
				 ☐ tak ☐ nie

^{2/} Osobami uprawnionymi są:

- mąż, żona, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do IV stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do I stopnia,

^{3/} Zamiast podpisów pozostałych osób uprawnionych można złożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu, zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.

OŚWIADCZENIE

Jako uprawniony/a z tytułu pokrewieństwa/powinowactwa do złożenia wniosku o ekshumację zwłok/szczątków niniejszym oświadczam, że we wniosku podani zostali wszyscy członkowie rodziny, którym art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 roku, poz. 576) przyznaje prawo do pochowania zwłok (pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do czwartego stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia).

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku.

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

O zamierzonej ekshumacji na cmentarzu zobowiązuję się zawiadomić na piśmie zarząd cmentarza.

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Wykaz załączonych dokumentów:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

DO WNIOSKU DOŁĄCZA SIĘ:

1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa),
2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy lub inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne) – wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku,
3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku,
4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji,
5. W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców złożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu, zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli,
6. Inne załączniki np. dalszy ciąg wykazu osób uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku

WARUNKI PRZY EKSHUMACJI:

Ekshumacja zwłok i szczątków jest dopuszczalna w okresie od 16 października do 15 kwietnia, przeprowadza się ją we wczesnych godzinach rannych. O zamierzonej ekshumacji należy poinformować pisemnie zarząd cmentarza. Wszystkie czynności związane z ekshumacją wykonywane są przez przedsiębiorcę (zakład pogrzebowy).

Klauzula Informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lubinie/ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubinie, 59-300 Lubin, ul. 1-go Maja 15, e-mail psse.lubin@sanepid.gov.pl, tel. 76 846 67 00,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod numerem telefonu 76 846 67 00 wew.39 lub pod adresem e-mail psse.lubin@sanepid.gov.pl,
3. Dane osobowe są zbierane i przetwarzane w celu spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa,
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
5. Każda osoba przekazując swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści tych danych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu ich przetwarzania lub prawo przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)