…..………………………

(miejscowość, data)

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Głubczycach**

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich zwłok/szczątków (prochów)\***

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Dane Wnioskodawcy** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Seria i nr dowodu osobistego |  |
| Telefon |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Adres zamieszkania Wnioskodawcy** | |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Adres do korespondencji Wnioskodawcy** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) | |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej\*** | |
| Małżonek | mąż/żona |
| Krewny zstępny | syn/córka/wnuk/wnuczka/  prawnuk/prawnuczka |
| Krewny wstępny | ojciec/matka/dziadek/babcia/  pradziadek/prababcia |
| Krewny boczny  do 4 stopnia pokrewieństwa | brat/siostra/siostrzeniec/siostrzenica/  bratanek/bratanica/brat ojca/brat matki/  siostra ojca/siostra matki/kuzyn/kuzynka |
| Powinowaty w linii prostej  do 1 stopnia | teść/teściowa/zięć/synowa |
| Inna osoba (jaka?) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Dane pełnomocnika** (jeżeli jest ustanowiony w sprawie) | |
| Imię i Nazwisko |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Dane osoby zmarłej** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Data i miejsce zgonu |  |
| Przyczyna zgonu\* | Choroba zakaźna/choroba niezakaźna |
| Rodzaj choroby zakaźnej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Miejsce aktualnego pochówku** (przed ekshumacją) | |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |
| Rodzaj grobu\* | Grób ziemny/grób murowany/ rodzinny/ katakumby/ kolumbaria/ inny….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Miejsce przyszłego pochówku** (po ekshumacji) | |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |
| Rodzaj grobu\* | Grób ziemny/grób murowany/ rodzinny/ katakumby/ kolumbaria/ inny….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Termin przeprowadzenia ekshumacji** | |
| Od: | Do: |

|  |
| --- |
| **10. Firma przeprowadzająca ekshumację** (nazwa i adres) |
|  | |

|  |
| --- |
| **11. Uzasadnienie wniosku** (powód ekshumacji) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **12. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację. Podpisy osób uprawnionych** | |
| A. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| B. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| C. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |
| D. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\*\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Data i podpis |  |

|  |
| --- |
| **13. Podstawa prawna** |
| Art. 10 ust.1 i art. 15 ust.1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach  i chowaniu zmarłych |

|  |
| --- |
| **14. Załączniki** |
| 1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik |
| 2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne) wymagany  w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon |
| 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 wszystkich pozostałych osób uprawnionych wymienionych  w pkt 12 należy przedłożyć pisemne oświadczenia z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli |
| 6. Ksero skróconego aktu zgonu (oryginał do wglądu) |
| 7. Inne |

|  |
| --- |
| **15. Oświadczenie** |
| Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumacje zwłok/prochów oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych  do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia  1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył  się jakikolwiek spór sądowy.  Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz 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.  Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.  Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dla klientów Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w ………….. dot. RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na użytek prowadzonego postępowania. |

……….………………………………….. (data i podpis wnioskodawcy)