

....., dnia.....

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
*tel. kontaktowy

**Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
w Ilawie**

WNIOSEK

o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich

I. Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko :

2. Numer, miejsce, data wydania dowodu osobistego

3. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej

Oświadczam, że niżej wymienieni najbliżsi żyjący członkowie rodziny zmarłego nie wnoszą sprzeciwu do przeprowadzenia ekshumacji:

wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, adres zamieszkania)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Ponadto oświadczam, że nie ma innych żyjących osób, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1590);

Stosownie do art. 15 w zw. z art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych Dz. U. z 2025 r., poz. 1590. ekshumacja może być dokonana na wniosek: pozostałego małżonka (mąż/zona), krewnego zstępnego (syn/córka, wnuk/wnuczka, prawnuk/prawnuczka), krewnego wstępnego (ojciec/matka, dziadek/babcia, pradziadek/prababcia), krewnego bocznego do 4 stopnia pokrewieństwa (brat/siostra, siostrzeniec/siostrzenica, bratanek/bratanica, brat ojca/brat matki, siostra ojca lub matki, brat cioteczny/siostra cioteczna (kuzyn, kuzynka), powinowatych w linii prostej do 1 stopnia (teść/teściowa, zięć/synowa).

Należy przedstawić oświadczenia i pełnomocnictwa ww. osób, którzy wyrażają zgodę na dokonanie ekshumacji.

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji :

1. Imię i nazwisko.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Data zgonu i przyczyna zgonu.....

4. Miejsce aktualnego pochówku

Rodzaj grobu.....

(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

Zarządca cmentarza

Pieczęć i czytelny podpis zarządcy cmentarza
5. Miejsce przyszłego pochówku

Rodzaj grobu.....
(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

- Przeniesienie wydobytych zwłok/szczątków do nowego grobu tak/nie
- Do grobu istniejącego, w którym pochowana/y jest
(imię i nazwisko osoby pochowanej) data pochówkustopień pokrewieństwa z osobą
ekshumowaną.....

Zarządca cmentarza

Pieczęć i czytelny podpis zarządcy cmentarza.....

6. Firma przeprowadzająca ekshumacje.....

7. Termin ekshumacji (data i godzina)

8. Uzasadnienie wniosku

9. Potwierdzenie terminu ekshumacji przez firmę wskazaną przez składającego wniosek:

Data i godzina ekshumacji.....

pieczęć firmy dokonującej ekshumacji.....

czytelny podpis pracownika firmy.....

Warunki przy ekshumacji:

1. Ekshumacja zwłok lub szczątków powinna odbywać się we wczesnych godzinach rannych w okresie od 16 października do 15 kwietnia.
2. Przy ekshumacji mogą być tylko osoby bezpośrednio zainteresowane lub reprezentujące wnioskodawcę.
3. Inne zalecenia:
 - a) zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji
 - powinny być wydobywane wraz z trumną i umieszczone na czas przewozu w skrzyni obitej blachą
 - w miejscu ponownego pochówku trumnę należy wydobyć ze skrzyni i pochować bez otwierania
 - b) szczątki ekshumowane po okresie mineralizacji należy:
 - wydobyć wraz z resztkami trumny i umieścić w szczelnej, drewnianej trumnie wypełnionej warstwą,
 - substancji pochłonnej o grubości 5 cm.
 - trumnę na czas przewozu umieścić w szczelnym worku z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego,
 - odpornego na uszkodzenia mechaniczne (worek po usunięciu spala się)
 - c) przewożenie zwłok dopuszczalne jest tylko w specjalnie przeznaczonym do tego środku przewozowym przez wyspecjalizowane przedmioty.
4. Zwłoki przewożone na obszarze państwa na odległość większą niż 60 km składa się w trumnie w obecności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który dokonuje jej opieczetowania.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu, oraz że nieznane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a wymienieni członkowie rodziny zostali powiadomieni o zamiarze dokonania ekshumacji i wyrazili na to zgodę.

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 t. j.) za składanie fałszywych zeznań.

Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

.....
Data i podpis

Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej „Rozporządzeniem”, informujemy o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

1. Administrator Danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Iławie. Adres siedziby Administratora: Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Iławie, ul. Henryka Sienkiewicza 10, 14-200 Iława e-mail: psse.ilawa@sanepid.gov.pl, tel. 896490420.

2. Inspektor Ochrony Danych

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych lub Zastępcą Inspektora Ochrony Danych jest możliwy pod numerem telefonu 896490430, pod adresem e-mail: iod.psse.ilawa@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora danych. Z Inspektorem Ochrony Danych lub Zastępcą Inspektora Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3. Cel i podstawa przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu załatwienia złożonego wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich.

Podstawą prawną jest w przypadku:

- art. 6 ust. 1 lit c RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,
- art. 6 ust. 1 lit a RODO wyrażenie zgody (w zakresie przetwarzania numeru telefonu) w zakresie i celu niezbędnym do zajęcia stanowiska w sprawie.

4. Udostępnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a ponadto odbiorcom danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych, tj. podmiotom świadczącym usługi pocztowe, kurierskie, usługi informatyczne.

5. Przekazywanie danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich lub organizacjach międzynarodowych.

6. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

7. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z przepisów szczególnych. W przypadku wyrażenia zgody przysługuje Pani/Panu prawo wycofania zgody. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych następuje z naruszeniem przepisów prawa przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Informacja o podaniu danych osobowych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do udzielenia przez PPIS w Iławie odpowiedzi w Pani/Pana sprawie. Niepodanie danych może spowodować brak możliwości udzielenia odpowiedzi i pozostawienie sprawy bez rozpoznania.

9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

.....
Data i podpis

*** Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu w celu komunikacji między stronami**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Iławie z siedzibą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Iławie przy ul. Sienkiewicza 10, 14-200 Iława dla potrzeb komunikacji między stronami.

.....
Data i podpis