

**PAŃSTOWY POWIATOWY INSPEKTOR
SANITARNY W SZCZECINKU**

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ LUDZKICH

ZWŁOK * ☐ SZCZĄTKÓW * ☐ SPOPIELONYCH SZCZĄTKÓW (URNA) * ☐

*waściwe zaznaczyć X

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIC – WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:		
Nazwisko rodowe:		
Nr dowodu osobistego:		
Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą (dla zmarłego jestem)		
1.1 ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY		
Ulica:	nr domu:	nr lokalu:
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):		
1.2. ADRES KORESPONDENCYJNY WNIOSKODAWCY (JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)		
Imię i nazwisko		
Ulica:	nr domu:	nr lokalu:
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):		
1.3. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY		
Numer telefonu:		
1.4. DANE PEŁNOMOCNIKA (JEŻELI W SPRAWIE USTANOWIŁ PEŁNOMOCNIKA)		
Imię i nazwisko pełnomocnika:		
Ulica:	nr domu:	nr lokalu
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):		

2. DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZMARŁEJ

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce zgonu:	
Przyczyna zgonu:	choroba niezakaźna* ☐ choroba zakaźna* ¹ ☐
Miejsce pochowania przed ekshumacją (nazwa i adres cmentarza, rodzaj grobu: ziemny, murowany, kolumbarium, grobowiec):	
Miejsce pochowania po ekshumacji (nazwa i adres cmentarza, rodzaj grobu: ziemny, murowany, kolumbarium, grobowiec):	
Postępowanie ze szczątkami po ekshumacji:	

¹ Wykaz chorób zakaźnych z powodu których ekshumacja zwłok nie jest możliwa przed upływem dwóch lat od chwili zgonu wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06.12.2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby : cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

Ponowny pochówek bez kremacji* ☐	Ponowny pochówek z kremacją* ☐
Miejsce kremacji (jeżeli dotyczy):	

3.UZASADNIENIE (podaj powód ekshumacji):

4.DANE DOTYCZĄCE WSZYSTKICH POZOSTAŁYCH UPRAWNIONYCH DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O EKSHUMACJĘ ² (JEŻELI JEST WIECEJ OSÓB UPRAWNIONYCH NALEŻY DOŁĄCZYĆ DODTAKOWĄ KARTĘ Z NIŻEJ PODANYMI DANYMI)

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Adres: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość (z podaniem kodu pocztowego):

² Art. 10 ust. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576):
Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:

1) pozostały małżonek (ka), 2) krewni zstępni: potomek w linii prostej: dziecko, wnuk, prawnuk, 3) krewni wstępni: przodek w linii prostej (rodzice, dziadkowie, pradiadkowie), 4) boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, tj. a) pokrewieństwo II stopnia – rodzeństwo, w tym rodzeństwo przyrodnie, b) pokrewieństwo III stopnia – wuj, ciotka, siostrzeniec, bratanek, siostrzenica- bratanica, c) krewni IV stopnia – kuzynowie, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia (teść, teściowa, zięć, synowa).

Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

Czytelny podpis:

W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.

Jednocześnie oświadczam, iż jest to zamknięty krąg osób.

5. Firma przeprowadzająca ekshumację (nazwa i adres – jeżeli została wyznaczona)

6. Oświadczenia:

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji oraz transportu zwłok/szczątków określonych przez przepisy prawa.
--

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.
--

Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne, których wykaz ustala minister właściwy do spraw zdrowia, nie mogą być ekshumowane na umotywowaną prośbę osób uprawnionych do pochowania zwłok za zezwolenie właściwego inspektora sanitarnego, przed upływem 2 lat od dnia zgonu.

Data i podpis wnioskodawcy:

7. ZAŁĄCZNIKI

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Odpis skrócony aktu zgonu osoby ekshumowanej. 2. W przypadku ekshumacji urny z prochami –oprócz odpisu skróconego aktu zgonu- dokument potwierdzający kremację. 3. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik. 4. Pełnomocnictwo do doręczeń w kraju w przypadku osób zamieszkujących poza RP. 5. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon. 6. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku. 7. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji. 8. W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli. 9. Inne. |
|---|

Data i podpis wnioskodawcy

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinku, ul. Ordona 22, 78-400 Szczecinek.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinku jest Pan Rafał Sikora, e-mail: iod.psse.szczecinek@sanepid.gov.pl, tel. 094 3740559.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji powierzonych ustawowo zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz w celu przeprowadzenia postępowania administracyjnego.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572) oraz art. 6 ust. 1 lit. c-e oraz art. 9 ust. 2 lit. g-i RODO.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnionych pracowników administratora danych osobowych.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane jedynie podmiotom mającym podstawę prawną otrzymania takich informacji i przede wszystkim odbiorcami danych mogą być jednostki administracji państwowej i samorządowej, organy władzy publicznej, organy nadzoru, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, jednostki służące społeczeństwu i przeznaczone do ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz do utrzymywania bezpieczeństwa i porządku publicznego, podmioty lecznicze, państwowe jednostki organizacyjne, domy pomocy społecznej, sądy powszechne i administracyjne. W ograniczonym zakresie PPIS w Szczecinku może udzielić dostępu do danych podmiotom przetwarzającym dane w jego imieniu tj. podmiotowi obsługującemu systemy informatyczne Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinku, dostawcy usług pocztowych lub kurierskich, Działowi Laboratoryjnemu Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie. Udostępnienie danych może się odbywać wyłącznie na podstawie zawartych umów.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. W przypadku takiego zamiaru zostanie Pani/Pan odrębnie poinformowana/y.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji prawnie określonych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w zakresie archiwizacji dokumentów.
9. Ma Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych i uzyskania kopii,
 - sprostowania swoich danych,
 - usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.Przy czym prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych przysługuje jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej niezgodności przetwarzania przekazanych danych osobowych z RODO do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, gdyż przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Nie będą podlegać profilowaniu.