

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

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny  
w Piasecznie  
ul. Dworska 7  
05-510 Konstancin-Jeziorna**

**WNIOSEK  
o wydanie zezwolenia na ekshumację  
i przewiezienie zwłok (szczątków) ludzkich**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczałków\*  
zmarłego(ej) .....zgodnie z poniższym wnioskiem.

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków**

*(dane wnioskodawcy):*

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

.....  
numer telefonu kontaktowego .....

dowód tożsamości (*numer, seria, wydany przez*): .....

.....  
stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

**Uzasadnienie próśby o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami \*\* posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 1947)**

**1.** .....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)  
.....

**2.** .....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)  
.....

**3.** .....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)  
.....

**4.** .....  
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)  
.....

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji (imię i nazwisko ekshumowanej osoby) .....

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

*W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.*

**2. Dane osoby zmarłej:**

nazwisko:.....

imię lub imiona:.....

nazwisko rodowe:.....

data i miejsce urodzenia:.....

data i miejsce zgonu:.....

Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\*\* wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001 r. Nr 152, poz. 1742).

**3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):**.....

Rodzaj grobu.....

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

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):**.....

Rodzaj grobu.....

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

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami ludzkimi):**.....

**6. Data ekshumacji:** .....  
(po uzgodnieniu z PPIS w Piasecznie)

**7. Przedsiębiorstwo przeprowadzające ekshumację:**.....

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

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....  
*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)*

.....  
*data przyjęcia wniosku*

.....  
*podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy*

**Art. 233**

- § 1. 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 do lat 3.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
- § 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu.
- (...)
- § 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe o świadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* prawo do ekshumacji zwłok ludzkich przysługuje najbliższej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie:

- 1) pozostałemu małżonkowi,
- 2) krewnym zstępnym,
- 3) krewnym wstępnym,
- 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa,
- 5) powinowatym w linii prostej do 1 stopnia.

\*\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

**INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
  - akt zgonu,
  - zgody zarządców cmentarzy,
  - oświadczenie przedsiębiorstwa przeprowadzającego ekshumację zwłok (szczątków) ludzkich,
  - oświadczenie przedsiębiorstwa dokonującego przewozu zwłok ludzkich.
  - oświadczenia wszystkich osób uprawnionych do ekshumacji wymienionych w art.10 ww. ustawy

## Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Piasecznie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Piasecznie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej z siedzibą w Chylicach przy ul. Dworskiej 7.
  - 2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej można uzyskać pod adresem [piaseczno@psse.waw.pl](mailto:piaseczno@psse.waw.pl) telefon 22 756 46 20 .
  - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu:
    - ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych,
- Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:
- ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
  - ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
  - ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym administracji;
  - ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
  - ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia;
  - ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:  
organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
  - 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.
  - 6) Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:
    - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
    - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
    - c) do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych
    - d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczegow celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.
  - 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy.
  - 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zleconych badań jest konieczne, aby Administrator mógł dopełnić żądanie od osoby której dane dotyczą. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwość wykonania zlecenia.
  - 9) Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
  - 10) Państwa dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa, adres).....  
.....  
.....

Wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\* (imię i nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku).....  
.....  
.....

W celu ponownego pochowania na cmentarzu w .....  
.....  
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....  
(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza (nazwa, adres).....  
.....  
.....

Wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....  
.....  
.....  
zwłok/szczątków\* (imię i nazwisko, miejsce pochówku).....  
.....  
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....  
(data, pieczęć i podpis)