

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Kole**

WNIOSEK

**o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewóz
ekshumowanych zwłok (szczątków) ***

I. Dane dotyczące zmarłego

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Data i miejsce zgonu.....
4. Przyczyna zgonu (w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej podać jej nazwę).....
.....
.....
5. Nr aktu zgonu:.....
6. Miejsce aktualnego pochówku.....
.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
7. Miejsce przeniesienia.....
.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
8. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny*.....

II. Dane wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe).....
2. Adres zamieszkania.....
3. Nr i seria dowodu osobistego.....
wydanego przez.....
nr telefonu**
4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do w/w zmarłego:.....
.....
5. Data ekshumacji:.....

6. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację.....
.....
7. Dane podmiotu transportującego zwłoki/szczątki* oraz dane dotyczące środka transportu,
(marka i nr rej. samochodu).....
.....
.....
8. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację.....
.....
.....
9. Najbliżsi pozostali członkowie rodziny:.....
.....
.....

Jako osoba uprawniona z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok/szczątków* zmarłego(ej)*.....
niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020r. poz. 1947) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: 1) pozostały małżonek, 2) krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo), 3) krewni wstępni (rodzice, dziadkowie), 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci), 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia. Oświadczam, że ww. członkowie rodziny nie wyrażają sprzeciwu oraz, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczyło się postępowanie sądowe.
Ponadto oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kole.

Warunki przy ekshumacji:

- ekshumacja powinna odbywać się w okresie od 16 października do 15 kwietnia, w godzinach rannych;
- przy ekshumacji mogą być obecne tylko osoby wykonujące nadzór z urzędu oraz bezpośrednio zainteresowane (najbliższa rodzina zmarłego);
- wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny należy umieścić w nowej trumnie;
- wszystkie czynności związane z przeprowadzaną ekshumacją wykona profesjonalna firma;
- ekshumację należy przeprowadzić w obecności przedstawiciela Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kole.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, 62-600 Koło, ul. Toruńska 72, sekretariat@psse-kolo.pl, tel. 63 2722279.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: iod@psse-kolo.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w ramach działań inspekcyjnych wynikających z ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019r. poz. 59 ze zm.), mających na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego.
4. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.
6. Odbiorcami do których mogą być przekazane Państwa dane osobowe będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia spraw na mocy przepisów prawa, którym PSSE w Kole sprawy przekazał. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi PSSE w Kole zawarła umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowników w Urzędzie systemów informatycznych.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U z 2011r. Nr 14 poz. 67 ze zm.).

* właściwe zakreślić

** Na podstawie art. 6 ust 1 lit a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu kontaktowego przez administratora danych osobowych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło reprezentowaną przez Dyrektora Stacji w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora Ochrony Danych lub wysłanie wiadomości e-mail na adres: iod@psse-kolo.pl.

.....
(data i podpis)

Załączniki:

1. Akt zgonu
2. Zgody zarządców cmentarzy