

.....
(miejscowość)

(data)

.....
Numer sprawy (wypełnia urząd)

Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
w Elblągu

WNIOSEK

o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok / szczątków ludzkich^{1 2}
poza granice Rzeczypospolitej Polskiej

1. Dane wnioskodawcy:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres korespondencyjny *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)*

.....
Numer i seria dokumentu tożsamości.....

Numer telefonu do kontaktu.....

Stopień pokrewieństwa ze zmarłym.....

2. Dane pełnomocnika *(jeżeli został ustanowiony)*

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres korespondencyjny.....

Numer telefonu do kontaktu.....

3. Dane dotyczące osoby zmarłej:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

¹ Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. Nr 249, poz. 1866) przepisy rozporządzenia dotyczące wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich stosuje się odpowiednio do wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz szczątków powstałych ze spopielenia zwłok.

² Właściwe podkreślić

Ostatnie miejsce zamieszkania.....

Data zgonu.....

Miejsce zgonu.....

Zgon nastąpił / nie nastąpił (*właściwe podkreślić*) na skutek choroby zakaźnej wymienionej w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby³ (*cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne*).

4. Informacje dotyczące miejsca pochowania osoby zmarłej:

Miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione (*miejsceowość, nazwa i adres miejsca, z którego zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie*)

.....
.....

Miejsce pochówku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (*kraj, miejsceowość*)

.....

5. Dane dotyczące środka transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie:

Rodzaj środka transportu - drogowy, kolejowy, lotniczy, wodny (*właściwe podkreślić*)

Dane identyfikujące środek transportu⁴.....

.....
.....

6. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że

1. jest mi wiadomo, iż stosownie do art. 10 ust. 1, w związku z art. 14 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U z 2024 r. poz. 576) prawo do złożenia prośby (wniosku) o uzyskanie pozwolenia na wywóz poza granice Rzeczypospolitej Polskiej zwłok/szczątków ludzkich, w przypadku, gdy zgon nastąpił na jej terytorium, celem pochowania przysługuje:

- a) pozostałemu małżonkowi,
- b) krewnym zstępnym,
- c) krewnym wstępnym,
- d) krewnym bocznym do 4-go stopnia pokrewieństwa,
- e) powinowatym w linii prostej do pierwszego stopnia;

2. żadna z osób zaliczonych do w/w grup nie sprzeciwia się przeprowadzeniu wywozu poza granice Rzeczypospolitej Polskiej zwłok/szczątków osoby, której dotyczy wniosek

.....

(podpis z podaniem imienia i nazwiska)

³ Dz. U. Nr 152, poz. 1742

⁴ Np. marka samochodu, numer rejestracyjny, nazwa i adres przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie przewozu zwłok i szczątków ludzkich, nazwa przewoźnika, itp.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), zgodnie z Rozporządzeniem 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). Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Elblągu z siedzibą przy ulicy Królewieckiej 195, 82-300 Elbląg. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo dostępu do tych danych, żądania ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec ich przetwarzania w związku z jej szczególną sytuacją. Otrzymane dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów związanych ze złożonym wnioskiem.

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Załączniki:

- 1) Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik
- 2) Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon
- 3) W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon - dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu
- 4) Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane, jak również wymagane dokumenty właściwej władzy państw, przez których terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone, stwierdzające brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa