

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

Państwowy Powiatowy Inspektor  
Sanitarny w .....

## Oświadczenie osoby uprawnionej do ekshumacji i pochowania ludzkich zwłok lub szczątków

### 1. Instrukcja wypełnienia dokumentu

1. WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI.

### 2. Dane osoby uprawnionej

#### 2.1. Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej

Imię i nazwisko  
Stopień pokrewieństwa osoby  
uprawnionej z osobą zmarłą

|  |
|--|
|  |
|  |

#### 2.2. Adres miejsca zamieszkania osoby uprawnionej

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

#### 2.3. Dane kontaktowe osoby uprawnionej *(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)*

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

|  |
|--|
|  |
|  |

#### 2.4. Dane pełnomocnika *(podać, jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika)*

Imię i nazwisko

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 2.5. Adres korespondencyjny osoby uprawnionej *(jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika, to podać jego adres)*

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### 3. Treść oświadczenia

#### 3.1. Oświadczenie

Oświadczam, że jestem osobą posiadającą prawo do ekshumacji  
(na podstawie przepisu 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 2024,  
poz. 576, t.j.) oraz wyrażam zgodę na ekshumację

#### 3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej

Imię i nazwisko

Miejsce urodzenia

Data  
urodzenia

Miejsce zgonu

Data zgonu

Miejsce pochowania przed  
ekshumacją

Miejsce pochowania po ekshumacji

① Podać zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja,  
jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.

### 4. Data i podpis osoby uprawnionej

Data

① DD-MM-RRRR

Podpis

① czytelny, własnoręczny podpis osoby składającej oświadczenie

### 5. Podstawa prawna

Art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych