……
miejscowość, data

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Wałczu

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewiezienie:
(zaznacz właściwe ☑ lub ☒)

☐ zwłok / szczątków ludzkich

☐ szczątków ze spopielenia zwłok (urna)

I DANE WNIOSKODAWCY *(WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI):*

1. Imię i nazwisko:

……

2. Adres zamieszkania:

ulica ……

nr domu …….. nr lokalu ……

miejscowość (z podaniem kodu pocztowego) ……

3. Seria i numer dowodu osobistego ……

4. Telefon kontaktowy ……

5. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą:

……

5. Imię i nazwisko pełnomocnika *(jeśli został ustanowiony)*:

……

6. Adres korespondencyjny wnioskodawcy – jeżeli jest inny niż adres zamieszkania (*jeśli został ustanowiony pełnomocnik, podaj adres pełnomocnika):*

ulica ……

nr domu …….. nr lokalu ……

miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

II UZASADNIENIE DO WNIOSKU O ZEZWOLENIE NA EKSHUMACJĘ WRAZ ZE WSKAZANIEM OSÓB UPRAWNIONYCH:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

III DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZMARŁEJ ORAZ EKSHUMACJI:

1.Nazwisko, imię lub imiona, nazwisko rodowe:

……

2. Data i miejsce urodzenia:

……

3. Data i miejsce zgonu:

……

4. Przyczyna zgonu:

☐ choroba niezakaźna

☐ choroba zakaźna Rodzaj choroby zakaźnej ……

5. Miejsce aktualnego pochówku *(dokładny adres cmentarza):*

……

……

6. Rodzaj grobu *(właściwe podkreśl):*

- ziemny, murowany, katakumby, inny *(jaki):* ……,
- pojedynczy, głębinowy

7. Miejsce ponownego pochówku *(dokładny adres cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane ekshumowane zwłoki/ szczątki):*

……

……

8. Postępowanie ze zwłokami/szczątkami po ekshumacji *(właściwe podkreśl):*

- Ponowny pochówek bez kremacji
- Ponowny pochówek z kremacją

Miejsce kremacji *(jeśli dotyczy):*

……

……

IV POZOSTAŁE INFORMACJE:

1. Firma przeprowadzająca ekshumację:

……

2. Firma przewożąca zwłoki lub szczątki ludzkie (w przypadku przewozu na inny cmentarz) oraz środek transportu, którym zostaną przewiezione *(marka, numer rejestracyjny):*

……

……

V OŚWIADCZENIA:

1. Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji oraz transportu zwłok/szczątków określonych przez przepisy prawa.
2. Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.
3. Oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* przyznaje prawo do pochowania zwłok.
4. Jestem świadomy/a, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne, których wykaz ustala minister właściwy do spraw zdrowia, nie mogą być ekshumowane w przypadkach przewidzianych w ust.1 pkt 1, przed upływem 2 lat od dnia zgonu.

……

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Wykaz pozostałych uprawnionych członków rodziny do złożenia wniosku o ekshumację.
2. Oświadczenia pozostałych członków rodziny wyrażających zgodę na przeprowadzenie ekshumacji wraz ze wskazaniem pełnomocnika (w przypadku jego ustanowienia).
3. Skrócony odpis aktu zgonu.
4. Skrócony odpis aktu urodzenia/aktu małżeństwa wnioskodawcy potwierdzający pokrewieństwo z osobą ekshumowaną.
5. Certyfikat kremacji potwierdzający przeprowadzenie procesu kremacji osoby ekshumowanej (jeśli dotyczy).
6. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne) wymagany w przypadku ekshumacji zwłok przed upływem 2 lat od pochówku i braku przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon.
7. Zaświadczenie wydane przez zarządcę/administratora cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
8. Zgoda zarządcy/administratora cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Stosownie do przepisu art. 12 ust. 1 w związku z przepisem 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, Dziennik Urzędowy UE, L 1 19/1 z 4 maja 2016 r. (dalej: ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*, powoływane jako RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Wałczu/Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny z siedzibą w Wałczu przy ul. Aleja Zdobywców Wału Pomorskiego 54, kontakt: e-mail: psse.walcz@sanepid.gov.pl, adres skrytki ePUAP:/PSSEWALCZ/skrytka, numer telefonu: 67 258 2331, zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
2. Inspektorem ochrony danych u Administratora jest Aleksandra Lorek, z którą można się skontaktować pod adresem e-mail: iod.psse.walcz@sanepid.gov.pl oraz pod numerem telefonu:67 258 2331, lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt. 1.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia publicznego wynikających z przepisów prawa, a w szczególności ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Przestaniemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w ww. celach po zakończeniu postępowania i upłynięciu właściwego dla tego postępowania czasu przypisanego kategorią archiwalną, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie archiwizacji i instrukcji kancelaryjnej.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
   - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
   - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
   - przenoszenia danych,
   - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
   - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Administrator Danych jest obowiązany dostarczyć osobie, której dane dotyczą, kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu. Za wszelkie kolejne kopie, o które zwróci się osoba której dane dotyczą, Administrator Danych będzie pobierał opłatę wynikającą z kosztów administracyjnych. Z powyższych uprawnień można skorzystać bezpośrednio w siedzibie Administratora Danych lub za pośrednictwem poczty.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego/Powiatową Stację Sanitarno–Epidemiologiczną w Wałczu. Przy czym podanie danych jest:
    - obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
    - dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Twojej zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub niezawarcie umowy.

.....

data i czytelny podpis

WYKAZ POZOSTAŁYCH UPRAWNIONYCH CZŁONKÓW RODZINY DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O EKSHUMACJĘ

Zgodnie z 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* prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie:

- pozostały małżonek (ka),
- krewni zstępni: potomek w linii prostej: dziecko, wnuk, prawnuk,
- krewni wstępni: przodek w linii prostej (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie),
- 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,
- powinowaci w linii prostej do I 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 zobowiążą.

<u>Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych są:</u>

1. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

2. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

3. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

4. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

5. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

6. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……

7. Imię i nazwisko ……

   Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……

   Ulica ……

   Nr domu …… Nr lokalu ……

   Miejscowość *(z podaniem kodu pocztowego)* ……