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

(Miejscowość , data)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Zielonej Górze**

**WNIOSEK**

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

**DANE WNIOSKODAWCY:**

1. Imię i nazwisko ……………….................................................................................................................
2. Adres zamieszkania....................................................................................................................................
3. Adres do korespondencji………………………………………………………………………………….
4. PESEL…………………………………..……………Nr telefonu……………………………………….

1. Rodzaj dokumentu tożsamości……….………….seria i numer ………………………………………..…

1. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do zmarłego.............................................................

1. Firma przeprowadzająca ekshumację (pełna nazwa i adres) ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………..……………….

1. Firma transportująca szczątki po ekshumacji (pełna nazwa i adres) …………….……………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

1. Data i godzina ekshumacji ………………………………………………………………………………

# UWAGA: Termin załatwienia sprawy wynosi 30 dni od dnia złożenia wniosku w PSSE

**UZASADNIENIE** (powód ekshumacji)

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

**DANE OSOBY ZMARŁEJ:**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………….......

1. Data urodzenia…………………………………………Miejsce urodzenia…………………………..

1. Data zgonu………………………………………….….Miejsce zgonu……………………………….

1. Przyczyną zgonu była choroba zakaźna1: a) TAK b) NIE

1wypełnić, gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata

1. Aktualne miejsce pochowania (*nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza*)…………………

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj grobu\*: ziemny, murowany, katakumby, kolumbarium

 \*właściwe zakreślić

1. Miejsce przeniesienia (*nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza*)………………………..…

………………………………………………………………………………………………………….

# DANE CZŁONKÓW RODZINY uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej

**przedmiotem wniosku** zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych tj. pozostały małżonek, krewni zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki), krewni wstępni (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo oraz ich dzieci), powinowaci w linii prostej do 4 stopnia (zięć, synowa, teściowie zmarłego):

1. ........................................................................................................................................................... (Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkani

1. ............................................................................................................................................................ (Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania)

1. ............................................................................................................................................................. (Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania)

1. ............................................................................................................................................................ (Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkani

1. ............................................................................................................................................................

(Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkani

1. ……………………………………………………………………………………………………….

(Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkani

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację
i przewóz zwłok (szczątków)

 ……………………………………………………………………………………………………………....

*(imię i nazwisko zmarłego)*

 niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny uprawnionymi do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust.1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. [Dz.U. z 2019 r. poz. 1473).](http://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgi2tqobtgyztg) 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 zobowiązuje się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze.

 …………………………………………………..

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Załączniki:**

1. Zgoda zarządcy cmentarza na ekshumacje zwłok/szczątków ludzkich.
2. Zgoda zarządcy cmentarza na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków ludzkich.
3. Oświadczenia członków rodziny upoważnionych do współdecydowania.
4. Oświadczenie podmiotu uprawnionego do pochowania zwłok o przyczynie zgonu (w przypadku, gdy od daty zgonu nie minęły 2 lata).
5. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO.