

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

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....

.....
Telefon

**Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
w Ostródzie**

WNIOSEK

O wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich

I. Wnioskodawca :

1. Imię i nazwisko:
2. Numer, miejsce, data wydania dowodu osobistego:
3. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej:

Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby ekshumowanej, adres zamieszkania)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

Ponadto oświadczam, że nie ma innych żyjących osób, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. 2024 poz. 576);.

Stosownie do art. 15 w zw. z art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, ekshumacja może być dokonana na wniosek: pozostałego małżonka (mąż/żona), krewnego zstępnego (syn/córka, wnuk/wnuczka, prawnuk/prawnuczka), krewnego wstępnego (ojciec/matka, dziadek/babcia, pradziadek/prababcia), krewnego bocznego do 4 stopnia pokrewieństwa (brat/siostra, siostrzeniec/siostrzenica, bratanek/bratanica, brat ojca/brat matki, siostra ojca lub matki, brat cioteczny/siostra cioteczna (kuzyn, kuzynka), powinowatych w linii prostej do 1 stopnia (teść/teściowa, zięć/synowa). W przypadku pozostania przy życiu w/w członków rodziny należy przedstawić oświadczenie tych osób, iż wyrażają zgodę na dokonanie ekshumacji.

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji :

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Data zgonu i przyczyna zgonu:
4. Uzasadnienie wniosku
5. Cmentarz, na którym pochowane są zwłoki/szczątki:

Zarządca cmentarza (pieczęć i podpis)

6. Cmentarz, na który mają być przeniesione zwłoki/szczątki:

- Przeniesienie wydobytych zwłok/szczałków do nowego grobu tak/nie
- Do grobu istniejącego, w którym pochowana/y jest
(imię i nazwisko osoby pochowanej)
data pochówkustopień pokrewieństwa z osobą ekshumowaną.....
Rodzaj grobu (np. kopany -pojedynczy, głębinowy, murowany itp.).....

Zarządca cmentarza (pieczęć i podpis)

7. Firma przeprowadzająca ekshumację:

8. Potwierdzenie terminu ekshumacji przez firmę wskazaną przez składającego wniosek:

Data ekshumacji::.....

Czytelny podpis pracownika firmy:

pieczęć firmy dokonującej ekshumacji

Warunki przy ekshumacji:

Ekshumacja zwłok lub szczałków powinna odbywać się we wczesnych godzinach rannych w okresie od 16 października do 15 kwietnia.

Przy ekshumacji mogą być tylko osoby bezpośrednio zainteresowane lub reprezentujące wnioskodawcę.

Inne zalecenia:

- zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji
 - powinny być wydobywane wraz z trumną i umieszczone na czas przewozu w skrzyni obitej blachą,
 - w miejscu ponownego pochówku trumnę należy wydobyć ze skrzyni i pochować bez otwierania;
- szczątki ekshumowane po okresie mineralizacji należy:
 - wydobyć wraz z resztkami trumny i umieścić w szczelnej, drewnianej trumnie wypełnionej warstwą substancji plynocłonnej o grubości 5 cm;
 - trumnę na czas przewozu umieścić w szczelnym worku z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne (worek po usunięciu spala się);
- przewożenie zwłok dopuszczalne jest tylko w specjalnie przeznaczonym do tego środka przewozowym przez wyspecjalizowane przedmioty.

Zwłoki przewożone na obszarze państwa na odległość większą niż 60 km składa się w trumnie w obecności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który dokonuje jej opieczętowania.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

.....
Data i podpis

Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu w celu komunikacji między stronami

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu przez Państwowego Inspektora Sanitarnego w Ostródzie z siedzibą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej przy ul. Kościuszki 2, 14-100 Ostróda dla potrzeb komunikacji między stronami.

.....
Data i podpis

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczałków złożonym na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 912 z późn.zm.). Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
Data i podpis

Informacyjna o ochronie danych osobowych dostępna jest w siedzibie PSSE w Ostródzie oraz na stronie internetowej:
<https://www.gov.pl/web/psse-ostroda>