(druk wypełniać drukowanymi literami)

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

Państwowy Powiatowy

Inspektor Sanitarny

w …….

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczątków* zmarłego(ej) …….....zgodnie z poniższym wnioskiem.

Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków*

1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków *(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

……...

telefon kontaktowy ……

dowód tożsamości *(numer, seria, wydany przez)*: .....

.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: …….....……

Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.

……..…

…….....

……...

……...

Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020r. poz. 1947) są:

1. ……...

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

……...

2. ……...

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

……...

3. ……...

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

……...

4. ……...

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

……..

5.……

……...

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji *(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)* **……..**

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył sie jakikolwiek spór sądowy.

2. Dane osoby zmarłej:
nazwisko:.....
imię lub imiona:……
nazwisko rodowe:…….
data i miejsce urodzenia:……...……
data i miejsce zgonu:…….

Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił* z powodu choroby zakaźnej wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742).**

3. **Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza*)**:……..**
   ……..

4. **Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza)*:**…….....**
   ……..

5. **Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki** (*nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami*)**:…….....**
   ……..

6. Data ekshumacji:…….

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka podmiotu)

....
data przyjęcia wniosku *podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy*

Art. 233

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym, lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym.

(…)

§ 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

* niepotrzebne skreślić

** cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

1. **Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu**

2. Załączniki:

- akt zgonu- kserokopia (oryginał do wglądu)
- karta zgonu (w przypadku ekshumacji przed upływem 2 lat od dnia zgonu)
- dokument stwierdzający tożsamość wnioskodawcy (do wglądu)
- akt małżeństwa kserokopia (oryginał do wglądu/jeśli dotyczy)
- pełnomocnictwo(-ctwa) – oryginał (osób posiadających prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 w/w ustawy)

  Pełnomocnictwo winno zawierać określoną treść do jakich czynności zostało udzielone, komu i w jakiej sprawie, winno być własnoręcznie podpisane przez udzielającego pełnomocnictwa (do dokumentów należy dołączyć oryginał)
- świadectwo kremacji- kserokopia/ oryginał do wglądu (jeśli dotyczy)
- zgody zarządców cmentarzy

Właściciel /zarządca cmentarza *(nazwa, adres)*……...

……...

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków* *(imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)*…….....

……...

w celu ponownego pochowania na cmentarzu w……..

……...

……

(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza *(nazwa, adres)* ……

……...

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza……...

w……

zwłok/szczątków* *(imię nazwisko, miejsce pochówku)*:…….

……....……...

……...

……

(data, pieczęć i podpis)