

.....
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 :

.....

.....

.....

.....

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 (*właściwie 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 (*właściwie 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. Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nieznaną są mi 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.
5. 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 (oryginał do wglądu).
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/administradora cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
8. Zgoda zarządcy/administradora 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 Sanitarно – 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. Przystaniemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w ww. celach po zakończeniu postępowania i upłygnięciu 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 Sanitarно–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 zobowiązują.

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:

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)