

....., 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:

.....

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 (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 576) 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)

.....

6.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

7.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
8.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
9.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
- 10.....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
- 11.....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
- 12.....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
13.
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
- 14.....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)
.....
- 15.....
(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 się jakikolwiek spór sądowy.
W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

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. z 2001 r. 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.

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w
Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

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

.....
data przyjęcia wniosku

.....
podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

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

Art. 233 Kodeksu karnego

§ 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 od 6 miesięcy do lat 8.

§ 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 najbliższemu.

(...)

§ 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.

INFORMACJA!

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szydłowcu lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
 - akt zgonu,
 - zgody zarządców cmentarzy.
 - oświadczenia osób posiadających prawo do współdecydowania o ekshumacji

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)