



**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Mińsku Mazowieckim**

☐ zwłok ☐ lub ☐ szczątków

2.4. Dane pełnomocnika (podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)

Imię i nazwisko

2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy (jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj jego adres)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy -

3. Treść wniosku

3.1. Uzasadnienie (podaj powód ekshumacji)

3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej

Imię i nazwisko

Miejsce urodzenia Data urodzenia - -

Miejsce zgonu Data zgonu - -

Przyczyna zgonu ☐ Choroba niezakaźna

☐ Choroba zakaźna

Rodzaj choroby zakaźnej

Miejsce pochowania przed ekshumacją

Miejsce pochowania po ekshumacji

Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.

3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zmarłą

Pozostali
uprawnieni

--

Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny)

3.4. Oświadczenie

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

Data

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

DD-MM-RRRR

Podpis wnioskodawcy

--

4. Podstawa prawna

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.

5. Załączniki

1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.
2. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, 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.
3. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji.
5. W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.

6. Inne załączniki:

--

--

7. Data i podpis wnioskodawcy

Data

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

DD-MM-RRRR

Podpis

--

8. Podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą¹

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 7 i 8 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej powoływane jako RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Mińsku Mazowieckim, z siedzibą: Plac Jana Kilińskiego 10, 05-300 Mińsk Mazowiecki i posiada prawo do ich przetwarzania zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) rozporządzenia RODO.

Zgodnie z art. 15 i 16 ww. rozporządzenia RODO zachowuję sobie prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....

(data i czytelny podpis)

¹ W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli.



**CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**



Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Mińsku Mazowieckim

Plac Jana Kilińskiego 10, 05-300 Mińsk Mazowiecki

Tel.: +48 25 758 22 32

adres e-mail: sekretariat.psse.minskmazowiecki@sanepid.gov.pl

adres e-Doręczeń: AE:PL-57996-79674-UTAUV-24