

.....
(miejscowość)

.....
(data)

Państwowy

Powiatowy Inspektor

Sanitarny w

Świebodzinie

WNIOSEK

o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok / szczątków ludzkich^{1 2}

poza granice Rzeczypospolitej Polskiej

1. Dane wnioskodawcy:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres korespondencyjny *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)*

.....

Numer i seria dokumentu tożsamości.....

2. Dane pełnomocnika *(jeżeli został ustanowiony)*

Imię (imiona) i nazwisko.....

Adres korespondencyjny

3. Dane dotyczące osoby zmarłej:

Imię (imiona) i nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

¹ Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. Nr 249, poz. 1866) przepisy rozporządzenia dotyczące wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich stosuje się odpowiednio do wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz szczątków powstałych ze spoielenia zwłok.

² Właściwe podkreślić

Ostatnie miejsce zamieszkania.....

Data zgonu.....

Miejsce zgonu.....

Zgon nastąpił / nie nastąpił (*właściwe podkreślić*) na skutek choroby zakaźnej wymienionej w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby³ (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne).

4. Informacje dotyczące miejsca pochowania osoby zmarłej:

Miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione (*miejsceowość, nazwa i adres miejsca, z którego zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie*)

.....
.....

Miejsce pochówku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (*kraj, miejscowość*)

.....

5. Data przewozu/wywozu zwłok lub szczątków:

6. Dane dotyczące środka transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie:

Rodzaj środka transportu - drogowy, kolejowy, lotniczy, wodny (*właściwe podkreślić*)

Dane identyfikujące środek transportu⁴.....

.....
.....

7. Oświadczenie wnioskodawcy

³ Dz. U. Nr 152, poz. 1742

⁴ Marka samochodu, numer rejestracyjny, nazwa i adres przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie przewozu zwłok i szczątków ludzkich, nazwa przewoźnika, itp.

Oświadczam, że jako: pozostały małżonek(ka) / krewny zstępny / krewny wstępny / krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa / powinowaty w linii prostej do 1 stopnia (*właściwe podkreślić*).....

(imię (imiona) i nazwisko osoby zmarłej)

mam prawo do pochowania jego (jej) zwłok / szczątków, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590).

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Załączniki:

- 1) Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik
- 2) Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon
- 3) W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon - dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu
- 4) Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane, jak również wymagane dokumenty właściwej władzy państw, przez których terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone, stwierdzające brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Świebodzinie z siedzibą w Świebodzinie (66-200) przy ulicy 30 Stycznia 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: psse.swiebodzin@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: inspektor@4consult.com.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o ekshumację, na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/psse-swiebodzin> w zakładce „Klauzula informacyjna”.