……………………………….

Miejscowość i data

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Radomiu**

**WNIOSEK**

 **o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

1. **Dane dotyczące zmarłej/go:**
2. Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………….
3. Nazwisko rodowe…………………………………………………………………..........
4. Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………...........
5. Ostatnie miejsce zamieszkania……………………………………………………….….
6. Data i miejsce zgonu………………………………………………………………….…
7. Miejsce, z którego zwłoki/ szczątki ludzkie zostaną przewiezione *(kraj, miejscowość, adres*)………………….………………………………………………………………..
8. Miejsce przyszłego pochówku………………………………………………………….
………………………………………………………………………………………….
9. **Dane dotyczące środka transportu, którym będą przewożone zwłoki/ szczątki ludzkie:**
	* 1. Rodzaj środka transportu…………………………………………………………..
		2. Numer rejestracyjny środka transportu…………………………………………….
		3. Nazwa firmy pogrzebowej…………………………………………………………
10. **Dane dotyczące wnioskodawcy:**
11. Imię (imiona) nazwisko…………………………………………………………………
12. Adres zamieszkania…………………………………………………………………….
13. Numer telefonu…………………………………………………………………………
14. Numer i seria dowodu osobistego………………………………………………………
15. Stopień pokrewieństwa ze zmarłym…………………………………………………..
16. **Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku** (*imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej*)
17. ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….
18. ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….
19. ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….
20. ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu wywozu zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (*imię i nazwisko osoby zmarłej*)……………………….

…………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania ( art.233 Kodeksu Karnego)

**……………………………………………………**

**Podpis wnioskodawcy**

**Załączniki:\***

* + 1. Akt zgonu, lub inny dokument stwierdzający zgon.
		2. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu
		3. Dokument wydany przez właściwą władzę państwa, na którego terytorium zwłoki/ szczątki ludzkie mają być pochowane
		4. Dokument wydany przez właściwą władzę państwa, przez którego terytorium zwłoki/ szczątki ludzkie mają być przewożone

\*-*właściwe zakreślić*