

Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Myśliborzu

Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich

zwłok

szczątków

szczątków ze spopielenia zwłok  
(urna)

1. Instrukcja wypełnienia dokumentu

1. Wniosek złoż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca przeprowadzania ekshumacji.
2. WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI.
3. Pola wyboru oznaczaj  lub .
4. Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**.

2. Dane wnioskodawcy

2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Numer dowodu osobistego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stopień pokrewieństwa  
wnioskodawcy z osobą zmarłą  
(dla zmarłego jestem)

2.2. Adres zamieszkania wnioskodawcy

Ulica

	Nr domu	Nr lokalu
--	---------	-----------

Miejscowość  
(z podaniem kodu pocztowego)

2.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy (dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)

Numer telefonu

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)

Ulica

	Nr domu	Nr lokalu
--	---------	-----------

Miejscowość  
(z podaniem kodu pocztowego)

### 3. Treść wniosku

#### 3.1. Uzasadnienie (podaj powód ekshumacji)

#### 3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej

Imię i nazwisko	<input type="text"/>			
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Miejsce zgonu	<input type="text"/>	Data zgonu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Przyczyna zgonu	<input type="checkbox"/> Choroba niezakaźna <input type="checkbox"/> Choroba zakaźna	Rodzaj choroby <sup>1)</sup> zakaźnej	<input type="text"/>	
Miejsce pochowania przed ekshumacją	<input type="text"/>			
	Rodzaj grobu:	<input type="checkbox"/> ziemny	<input type="checkbox"/> murowany	<input type="checkbox"/> inny .....
Miejsce pochowania po ekshumacji	<input type="text"/>			

<sup>1)</sup> Podaj zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.

**POSTĘPOWANIE ZE  
SZCZĄTKAMI PO EKSHUMACJI**

**A) PONOWNY POCHÓWEK BEZ KREMACJI  
B) PONOWNY POCHÓWEK Z KREMACJĄ  
(WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ)**

Miejsce kremacji (jeśli dotyczy)

**4. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację <sup>2)</sup>**

**udzielam wnioskodawcy** (imię i nazwisko).....

ograniczonego pełnomocnictwa do reprezentowania mnie przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz odbioru decyzji.

Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego)			
Czytelny podpis			

Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego)			
Czytelny podpis			

Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego)			
Czytelny podpis			

Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego)			
Czytelny podpis			

Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość (z podaniem kodu pocztowego)			
Czytelny podpis			

W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców można 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.

Jednocześnie oświadczam, iż jest to zamknięty krąg osób.

#### 5. Firma przeprowadzająca ekshumacje (nazwa i adres)

#### 5.1. Dane dotyczące środka transportu (marka, numer rejestracyjny samochodu)

#### 6. Oświadczenia

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji oraz transportu zwłok/szczątków określonych przez przepisy prawa.

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.

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

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Czytelny podpis wnioskodawcy

#### 7. 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

#### 8. Załączniki

1. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.
2. Skrócony odpis aktu zgonu.
3. Dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, 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.
4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
5. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku po przeprowadzonej ekshumacji.
6. 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.

### 9. Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Data   -   -

Podpis

- 1) Wykaz chorób zakaźnych z powodu których ekshumacja zwłok nie jest możliwa przed upływem dwóch lat od chwili zgonu wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06.12.2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby : cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.
- 2) 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, pradiadkowie),
  - 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 1 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 zastużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucją i organizacją społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WYNIKAJĄCY Z ART. 13 UST. 1 I 2 RODO PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ W ZAKRESIE WNIOSKU O ZEZWOLENIE NA EKSHUMACJĘ ZWŁOK**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Myśliborzu/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu z siedzibą: ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz, (Nr tel.: 95 747 56 16), adres e-mail: [psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:psse.mysliborz@sanepid.gov.pl).
2. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu został wyznaczony Inspektor ochrony danych osobowych, z którym można skontaktować się w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych poprzez e-mail: [iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl).
3. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu przetwarza dane w celu realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikających z: ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 416), oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2024r. poz. 576.) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na PSSE Myślibórz.
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:
  - a) właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracyjne, sądy i organy ochrony prawa - jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych;
  - b) strony, pozostali członkowie rodzinnych, których dane zostały ujawnione we wniosku;
  - c) na podstawie umowy powierzenia firmy zapewniające ciągłość i prawidłowość wykonywania zadań przez Administratora (firmy informatyczne, dostawcy oprogramowania itp.) oraz w zależności od wyboru przez Panią/Pana środków komunikacji z PSSE w Myśliborzu, operatorowi pocztowemu celem dopełnienia obowiązku komunikacji w sprawie.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji prawnie określonych zadań ciążących na Administratorze, a po ich zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działań archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011r. Nr 14 poz. 67).
6. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym w formie profilowania Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe.  
Przysługujące prawa
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a. dostępu do swoich danych osobowych,
  - b. uzyskania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu (z zastrzeżeniem art. 15 ust. 3 RODO),
  - c. żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe.
9. Wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna, Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).