

..... ,
.....
Imię, nazwisko wnioskodawcy miejscowość data

.....
Adres wnioskodawcy
.....
Dane do kontaktu: telefon, mail
(Dane kontaktowe nie są obligatoryjne, ułatwiają kontakt)
.....
adres¹

Do

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

W

**WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ
ZWŁOK²/ SZCZĄTKÓW LUDZKICH²**

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok²/szczątków ludzkich² (popiołów powstałych w wyniku spopielenia zwłok²/pozostałości zwłok wydobytych przy kopaniu grobu lub w innych okolicznościach²/części ciała ludzkiego odłączone od całości²)

zmarłego(ej).....
.....
imię i nazwisko
stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej

I. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Data i miejsce urodzenia.....
2. Data zgonu.....
3. Miejsce zgonu
.....
miejscowość, szpital, adres domu
4. Określona aktem zgonu przyczyna śmierci.:
choroba niezakaźna ²/ choroba zakaźna² (nazwa choroby zakaźnej³)
5. Informacje związane z aktualnym pochówkiem:
a) adres zarządcy cmentarza, na którym pochowane są zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
b) adres cmentarza, na którym pochowane są zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
c) miejsce aktualnego pochówku/ nr kwatery
6. Informacje związane z przyszłym pochówkiem:
a) adres zarządcy cmentarza, na którym pochowane będą zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
b) adres cmentarza, na którym pochowane będą zwłoki²/szczątki ludzkie².....
.....
c) miejsce przyszłego pochówku/ nr kwatery.....
.....
7. Przeprowadzający ekshumację (nazwa i adres firmy specjalistycznej)
8. Środek transportu po drogach publicznych (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami).....
9. Uzasadnienie wniosku.....
.....
.....

II. Wykaz wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku⁴:

1.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)

2.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
3.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
4.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)
5.
(imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej, adres zamieszkania)

III. Zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepis prawa

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

IV. Oświadczenia i podpisy wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację wraz z datą⁵

1. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

2. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

3. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

4. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

5. Oświadczenie:

.....
Data i czytelny podpis

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, nosaczna, 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. Pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli - **w przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców.**
6. Inne załączniki
-
-

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania

(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.

§1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 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, za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania. (...)

§ 6. Przepisy § 1–3 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.”)

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Wyjaśnienia:

¹ - Wniosek należy złożyć do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu, w którym obecnie spoczywają zwłoki/ szczątki ludzkie.

² - Niepotrzebne skreślić.

³ - Dotyczy chorób zakaźnych takich jak: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

⁴ - Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostały małżonek(ka), 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia. Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

⁵ - W przypadku braku podpisów pozostałych wnioskodawców należy przedłożyć w załączeniu **pisemne oświadczenia innych uprawnionych osób z ich zgodą na przeprowadzenie ekshumacji lub prawomocne orzeczenia sądu zobowiązujące inne osoby uprawnione do złożenia stosownego oświadczenia woli (w przypadku sporu osób uprawnionych).**

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Suwałkach
ul. Utrata 9A, 16-400 Suwałki jest Administratorem Danych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 osobowych, dalej jako Rozporządzenie) ww. Administrator Danych informuje, że:

1. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Suwałkach został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych – dr Andrzej Marek Kisiel, z którym będzie można kontaktować się za pośrednictwem adresu: iod.psse.suwalki@sanepid.gov.pl, tel. 603 033 050;
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z prowadzonymi sprawami administracyjnymi i nie są udostępniane nieupoważnionym odbiorcom;
3. Administrator Danych przetwarza Pani/Pana dane osobowe zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia;
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane dla celów administracyjnych i realizacji zadań, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
6. Administrator Danych, zgodnie z art. 24 ust. 1 Rozporządzenia, stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniam przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani profilowane.

.....
(data i czytelny podpis)