………………………. ............................, dnia ..................

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Ostrowi Mazowieckiej**

**ul. Gen. Sikorskiego 3**

**07-300 Ostrów Mazowiecka**

Proszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok/szczątków\* zmarłego(ej) …………………………………........................zgodnie z poniższym wnioskiem.

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szcz**ą**tków** *(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: .....................................................................................................................................

imię lub imiona: ...........................................................................................................................

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .......................................................................................

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

telefon …………………………………………………………………………………………..

dowód tożsamości *(numer, seria, wydany przez)*: ......................................................................

......................................................................................................................................................

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: ……….……………………….............………………

**Uzasadnienie pro**ś**by o wydanie zezwolenia na ekshumację.**

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

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

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

**Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania   
w sprawie ekshumacji na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.   
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1473) są:**

**1. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**2. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**3. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**4. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**5. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

**6. ………………………………………………………………………………………………...**

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

**…………………………………………………………………………………………………...**

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok (szczątków/prochów) niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust.1, w związku z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych **(Dz. U. z 2019 r., poz. 1473)** przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: **1)** pozostały małżonek, **2)**krewni zstępni, **3)** krewni wstępni, **4)** krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, **5)**powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

**Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji** *(imię i nazwisko ekshumowanej osoby)* **…………………………………………………………………………..**

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

***W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.***

**2. Dane osoby zmarłej:**

nazwisko:......................................................................................................................................

imię lub imiona:…………………………………………………………………………………

nazwisko rodowe:……………………………………………………………………………….

data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………...……………

data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\* wymienionej   
w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742).**

**3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy cmentarza*)**:………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………..**

**4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok** *(nazwa i adres cmentarza oraz zarz*ą*dcy cmentarza)***:………………………………………………………............................**

**………………………………………………………………………………………………..**

**5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki** (*nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami*)**:……………………………………………….....**

**………………………………………………………………………………………………..**

**6. Data ekshumacji:…………………………………………………………………………….**

**Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz   
nie znane mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem**

**wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego   
biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.**

............................................................................................

*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczątka podmiotu)*

.................................................. ....................................................................

*data przyjęcia wniosku podpis pracownika potwierdzającego*

*tożsamość wnioskodawcy*

**Art. 233**

§ 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 do lat 3.

§ 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, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym.

(…)

§ 6. Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji   
Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej lub dostarczony   
z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- akt zgonu,

- zgody zarządców cmentarzy.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ostrowi Mazowieckiej reprezentowana przez Dyrektora będącego jednocześnie Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym z siedzibą:   
ul. Sikorskiego 3, 07-300 Ostrów Mazowiecka, tel. (29) 6440680, adres e-mail: ostrow@psse.waw.pl.

2. Wyznaczony został inspektor ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej ul. Sikorskiego 3, tel. (29) 6440680, adres e-mail: [abi.ostrow@psse.waw.pl](mailto:abi.ostrow@psse.waw.pl).

3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), lit. e) RODO, w celu realizacji zadań z zakresu nadzoru nad ekshumacjami oraz przewozami zwłok i szczątków ludzkich na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

4. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej.

7. Przysługuje Panu/Pani prawo: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją.

8. Nie przysługuje Panu/Pani prawo do usunięcia danych przed upłynięciem obowiązującego w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowi Mazowieckiej okresu przechowywania danych ze względu na ustawowe uprawnienia do ich przetwarzania.

9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

11. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

................................................................................

*data i czytelny podpis wnioskodawcy*

Właściciel /zarządca cmentarza *(nazwa, adres)*………………………………………………...

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

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\* *(imię nazwisko, data pochówku,   
miejsce pochówku)*………………………………………………...............................................

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

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

w celu ponownego pochowania na cmentarzu w………………………………………………..

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

…………………………………………………

(data, pieczęć i podpis)

Właściciel /zarządca cmentarza *(nazwa, adres)*………………………………………………...

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

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza…………………………………...

w…………………………………………………………………………………………………

zwłok/szczątków\* *(imię nazwisko, miejsce pochówku)*:……………………………………….

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

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

……………………………………………

(data, pieczęć i podpis)