………………………………....................

………………………………....

*Imię i Nazwisko*

…………………………….….

*Pesel*

………………………………...

*Nr dowodu osobistego*

………………………………...

*Adres zamieszkania*

………………………………...

*Tel. Kontaktowy*

**POWIATOWA STACJA**

**SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA**

**W ………………….**

**…………………………….**

 **WNIOSEK**

 **o zezwolenie na ekshumację zwłok**

**Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok /szczątków \* :**

1. **Dane dotyczące zmarłego**:

Imię i nazwisko: .........................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia: ...........................................................................................................

Data zgonu: .................................................................................................................................

Nr aktu zgonu: ............................................................................................................................

Z dotychczasowego miejsce pochówku (*rodzaj cmentarza, adres*) :

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

na miejsce, na które zwłoki / szczątki \*mają być przeniesione (*rodzaj cmentarza, adres*):

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

Zmarły jest dla wnioskodawcy (stopień pokrewieństwa): …………………………………..

1. **Uzasadnienie wniosku:**

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

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

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

1. **Osoby uprawnione do pochowania zwłok (należy wymienić wszystkie osoby uprawnione i wskazać ich imię, nazwisko, adres, pesel, stopień pokrewieństwa).**

Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r., poz. 887 z późniejszymi zmianami) prawo pochowania zwłok czy szczątków ludzkich najbliższej pozostałej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie: pozostałemu małżonkowi (ce), krewnym zstępnym, krewnym wstępnym, krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowatym w linii prostej do 1 stopnia.

Ekshumacja zwłok i szczątków może być dokonana na umotywowaną prośbę wszystkich osób uprawnionych do pochowania zwłok za zezwoleniem właściwego inspektora sanitarnego (art.15 ust.1 pkt 1 ustawy o cmentarzach chowaniu zmarłych).

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

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

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

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

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

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

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

Pouczenie:

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego: *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.*

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, a oświadczenie to składam świadomy / świadoma\* odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art.75 § 2 kpa).

Podpis wnioskodawcy

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

1. **Oświadczenie osób uprawnionych ( wymienionych w pkt. III )**

W celu usprawnienia postępowania do wniosku można dołączyć zgody na dokonanie ekshumacji i/lub ustanowienie wnioskodawcy pełnomocnikiem w sprawie (w pkt. IV lub na osobnym załączniku). W razie braku dołączenia zgody, inspektor sanitarny będzie zwracał się do tych osób bezpośrednio.

Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę(y) na ekshumację i ustanawiam / nie ustanawiam\* ……………………………………………… *(dane wnioskodawcy)* moim pełnomocnikiem w niniejszej sprawie *(czytelny podpis- imię i nazwisko)*.

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

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

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

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

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

………………………………..

………………………………..

Załączniki

1) zaświadczenie o przyczynie zgonu w przypadku jeśli od daty zgonu nie minęły dwa lata

2) zaświadczenie od administratora cmentarza o możliwości ponownego pochówku zwłok/szczątków\*

3) zaświadczenie wydane przez administratora cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku

\* niepotrzebne skreślić