Opole, dnia………………………

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny w Opolu**

**Ul. Krakowska 51**

**45-018 Opole**

**Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/prochów** (\*właściwe podkreślić).

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Dane Wnioskodawcy** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Seria i nr dowodu osobistego |  |
| Telefon |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Adres zamieszkania Wnioskodawcy** | |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Adres do korespondencji Wnioskodawcy, jeśli jest inny niż adres zamieszkania** | |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej** | |
| Małżonek | mąż/żona |
| Krewny zstępny | syn/córka/wnuk/wnuczka/  prawnuk/prawnuczka |
| Krewny wstępny | ojciec/matka/dziadek/babcia/  pradziadek/prababcia |
| Krewny boczny  do 4 stopnia pokrewieństwa | brat/siostra/siostrzeniec/siostrzenica/  bratanek/bratanica/brat ojca/brat matki/  siostra ojca/siostra matki/kuzyn/kuzynka |
| Powinowaty w linii prostej  do 1 stopnia | teść/teściowa/zięć/synowa |
| Inna osoba (jaka?) |  |

\*właściwe podkreślić

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Dane osoby zmarłej** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Data i miejsce zgonu |  |
| Przyczyna zgonu (\* właściwe podkreślić) | Choroba zakaźna/choroba niezakaźna |
| Jeśli choroba zakaźna, to jaka? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Miejsce aktualnego pochówku na terenie miasta Opola lub powiatu opolskiego** | |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Miejsce przyszłego pochówku** | |
| Nazwa cmentarza |  |
| Adres cmentarza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Termin przeprowadzenia ekshumacji** | |
| Od: | Do: |

|  |
| --- |
| **9. Uzasadnienie wniosku** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **10. Wykaz członków rodziny uprawnionych do ekshumacji** | |
| A. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| B. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| C. Imię i nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa\* |  |
| Adres zamieszkania |  |

\*stopień pokrewieństwa; małżonek, krewny wstępny, krewny zstępny, krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaty w linii prostej do 1 stopnia

|  |
| --- |
| **11. Oświadczenie** |
| Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumacje zwłok/prochów oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1947) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.  Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumacje i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.  Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dla klientów Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu dot. RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na użytek prowadzonego postępowania. |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Załączniki** | |
| A. Ksero skróconego aktu zgonu | |
| B. Inne, jakie? |  |

\*właściwe podkreślić

…………………………………..

(podpis)