Gostynin, dnia .....

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Gostyninie
ul. Bierzewicka 67

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 szczątków *(dane wnioskodawcy)***:**

nazwisko: .....

imię lub imiona: .....

telefon kontaktowy:.....

adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

.....

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

.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację.

.....

.....

.....

Na mocy art. 10 i art. 15 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1590) są osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji:
- **pozostały małżonek,**
- **krewni zstępni**,
- **krewni wstępni**,
- **boczni do 4 stopnia pokrewieństwa**,
- **powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.**

Oświadczam, że oprócz mnie osobami posiadającymi prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków* zmarłego(ej) .....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)

.....

7. .....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

8. .....
(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....

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

.....

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz że 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 ekshumację i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.

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 zarządcy cmentarza*)**:**.....

.....

4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok lub szczątków *(nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza*)**:**.....

.....

5. Podmiot przeprowadzający ekshumacje

.....

.....

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

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1-88) – RODO – informujemy:

Administrator Danych Osobowych(ADO)
Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gostyninie z siedzibą przy ul. Bierzewickiej 67, 09-500 Gostynin, tel.: 24 235 22 04, e-mail: sekretariat.psse.gostynin@sanepid.gov.pl, e-Doręczenia: AE:PL-16325-67546-VAGAS-17.

Inspektor Ochrony Danych
Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gostyninie można uzyskać pod adresem iod.psse.gostynin@sanepid.gov.pl lub pod numerem telefonu 24 235 22 04 wew. 8.

Cele i podstawy przetwarzania
Państwa dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej ADO (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

- Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
- Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi

Odbiorcy danych osobowych
Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa, takim jak strony i uczestnicy postępowań lub właściwe organy. Odrębną kategorią odbiorców są podmioty realizujące zadania na rzecz ADO, takie jak dostawcy oprogramowania wyłącznie w celu zapewnienia ich sprawnego działania z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i poufności przetwarzania, czy operatorzy pocztowi w celu zapewnienia korespondencji.

Prawa osób, których dane dotyczą:
- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne,
- prawo do ich usunięcia, w sytuacji, w przypadkach określonych w RODO,
- prawo do ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- prawo do cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania – w przypadkach określonych powyżej,
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Okres przechowywania danych
Dane osobowe przechowywane będą przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

Zapoznanie z powyższą „Klauzulą…" potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
/czytelny podpis /

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)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany .....

.....

.....

/ imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym /

legitymujący/a/ się dowodem osobistym .....

.....

/seria, numer dowodu osobistego, wydany przez/

wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok.....

/imię, nazwisko zmarłego/

.....zmarłego/ej/ .....

/data zgonu/

z cmentarza w.....

na cmentarz w.....

Prośbę o wydanie zgody na ekshumację złożył/a/ w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gostyninie, ul. Bierzewicka 67

.....

.....

/ imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa ze zmarłym /

.....

/czytelny podpis /

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1-88) – RODO – informujemy:

Administrator Danych Osobowych(ADO)
Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gostyninie z siedzibą przy ul. Bierzewickiej 67, 09-500 Gostynin, tel.: 24 235 22 04, e-mail: sekretariat.psse.gostynin@sanepid.gov.pl, e-Doręczenia: AE:PL-16325-67546-VAGAS-17.

Inspektor Ochrony Danych
Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gostyninie można uzyskać pod adresem iod.psse.gostynin@sanepid.gov.pl lub pod numerem telefonu 24 235 22 04 wew. 8.

Cele i podstawy przetwarzania
Państwa dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej ADO (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

- Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
- Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi

Odbiorcy danych osobowych
Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa, takim jak strony i uczestnicy postępowań lub właściwe organy. Odrębną kategorią odbiorców są podmioty realizujące zadania na rzecz ADO, takie jak dostawcy oprogramowania wyłącznie w celu zapewnienia ich sprawnego działania z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych i poufności przetwarzania, czy operatorzy pocztowi w celu zapewnienia korespondencji.

Prawa osób, których dane dotyczą:
- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne,
- prawo do ich usunięcia, w sytuacji, w przypadkach określonych w RODO,
- prawo do ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- prawo do cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania – w przypadkach określonych powyżej,
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Okres przechowywania danych
Dane osobowe przechowywane będą przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

Zapoznanie z powyższą „Klauzulą…" potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....

/czytelny podpis /

INFORMACJA!

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

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
   - akt zgonu,
   - zgody zarządców cmentarzy,
   - oświadczenia osób posiadających prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji (wraz z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych).

3. Warunki ekshumacji określa § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1910), a w szczególności:
   - ekshumację przeprowadza się w okresie od 16 października do 15 kwietnia, w godzinach rannych,
   - pod nadzorem właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego oraz w obecności osób bezpośrednio zainteresowanych (najbliższa rodzina zmarłego),
   - wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny umieszcza się w nowej trumnie.

4. Ekshumacja zostanie przeprowadzona po uprawomocnieniu się Decyzji zezwalającej na ekshumację zwłok/szczątków wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gostyninie.