

....., dnia

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Piasecznie
ul. Dworska 7
05-510 Chylice**

**WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację
i przewiezienie zwłok (szczątków) ludzkich**

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

1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczątków

(dane wnioskodawcy):

nazwisko:

imię lub imiona:

adres zamieszkania/siedziba podmiotu:

numer telefonu kontaktowego

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

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

Uzasadnienie próśby 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 2025 r., poz. 1590)

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)

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

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się 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. z 2021 r., poz. 1910).

3. Miejsce, w którym odbędzie się ekshumacja zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza):.....

Rodzaj grobu.....

(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

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

Rodzaj grobu.....

(ziemny, murowany, pojedynczy, grób rodzinny, nisza w katakumbach, nisza w kolumbariach)

5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki:.....

6. Data ekshumacji:

(zawiadomić pisemnie PPIS w Piasecznie)

7. Przedsiębiorstwo przeprowadzające ekshumację:.....

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej grożącej za złożenie fałszywych zeznań stosownie do art. 233 Kodeksu karnego biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka 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 najbliższemu.
- (...)
- § 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

** prawo do ekshumacji zwłok ludzkich przysługuje najbliższej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie:

- 1) pozostałemu małżonkowi,
- 2) krewnym zstępnym,
- 3) krewnym wstępnym,
- 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa,
- 5) powinowatym w linii prostej do 1 stopnia.

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

INFORMACJA!

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

2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- akt zgonu,
- zgody zarządców cmentarzy,
- oświadczenie przedsiębiorstwa przeprowadzającego ekshumację zwłok (szczątków) ludzkich,
- oświadczenie przedsiębiorstwa dokonującego przewozu zwłok ludzkich.
- oświadczenia wszystkich osób uprawnionych do ekshumacji wymienionych w art.10 ww. ustaw
- dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik;
- dokument stwierdzający, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, wąglik, 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.

Klauzula informacyjna Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 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, dalej jako Rozporządzenie):

1. Administrator Danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Piasecznie ul. Dworska 7, 05-510 Chylice reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Piasecznie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Dane kontaktowe: e-mail sekretariat.psse.piaseczno@sanepid.gov.pl; tel: 22 756 46 20, przez E-doręczenia: AE:PL-25767-69321-JFUEH-29

2. Inspektor Ochrony Danych

Może się Pani/Pan kontaktować z wyznaczonym w Powiatowej Stacji Sanitarno– Epidemiologicznej w Piasecznie inspektorem ochrony danych za pośrednictwem adresu email: piotr.pawelec@sanepid.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora Danych.

3. Cel przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawie ekshumacji zwłok i szczątków ludzkich i nie są udostępniane innym odbiorcom. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie innym organom administracji publicznej uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) Rozporządzenia. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 15 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1590).

5. Prawa osób, których dane dotyczą

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii; do ich sprostowania; usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej; 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.

6. Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest stosowne do przepisów prawa przywołanych w pkt. 4. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Piasecznie przetwarza Pani/Pana dane osobowe na zasadach opisanych w niniejszej informacji, w celu rozpoznania sprawy i wydania decyzji rozstrzygającej sprawę co do istoty.

7. Informacja o okresie przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu osiągnięcia celu a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Ponadto 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, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Wyjątkiem od przywołanej powyżej zasady nieudostępniania danych, jest prawo przysługujące stronie (stronom) postępowania administracyjnego na mocy art. 73 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1691) Na mocy przywołanego przepisu, Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania. Realizacja wskazanego uprawnienia może prowadzić do udostępnienia danych osobowych stron i innych uczestników postępowania.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

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

Wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków* (imię i nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku).....
.....
.....

W celu ponownego pochowania na cmentarzu w
.....
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
(data, pieczęć i podpis)

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

Wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza.....
.....
.....
zwłok/szczątków* (imię i nazwisko, miejsce pochówku).....
.....
.....

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Piasecznie. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
(data, pieczęć i podpis)