

Tel. kontaktowy wnioskodawcy

.....

....., dnia

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Otwocku**

tel. kontaktowy do PSSE

22 779 48 33 wew. 123

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:

adres zamieszkania/siedziba podmiotu:

.....

dowód tożsamości (numer, seria, wydany przez):

.....

PESEL.....

stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą:

2. Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na ekshumację:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Art. 15 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576) przyznaje prawo do pochowania zwłok:

1. pozostali małżonek

2. krewni zstępni

3. krewni wstępni

4. krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa

5. powinowaci w linii prostej do 1 stopnia

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 (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576) 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)

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.

4. Dane osoby zmarłej:

nazwisko:.....

imię lub imiona:.....

nazwisko rodowe:.....

data i miejsce urodzenia:.....

data i miejsce zgonu:.....

5. 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).**

W przypadku choroby zakaźnej rodzaj choroby zakaźnej

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

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

8. Firma dokonująca transportu ekshumowanych zwłok/szczątków *(pieczęć firmy potwierdzająca transport)*

(nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami):

Ja niżej podpisany, pouczone o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17), jako uprawniony do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok oświadczam, że:

- 1) 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* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy;
- 2) 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 zwłok;
- 3) biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.

Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Otwocku.

Oświadczam, iż dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Otwocku, w celu prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków ludzkich. Zachowuję sobie prawo do wglądu i treści poprawiania swoich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)

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 od 6 miesięcy do lat 8.
- § 1. a Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- § 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 za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.
- § 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, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

INFORMACJA!

1. Do wniosku należy dołączyć załączniki:

- kserokopia aktu zgonu,
- wypełniony i podpisany druk oświadczenia każdej osoby uprawnionej do współdecydowania o przeprowadzeniu ekshumacji,
- zgodę zarządcy cmentarza, do którego mają zwłoki (szczątki) zostać przeniesione
- zgodę zarządcy cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku
- dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik

2. Wniosek powinien być podpisany w każdym wymaganym miejscu.

Załącznik1:

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)

Załącznik 2:

Właściciel /zarządca cmentarza (nazwa, adres)

.....
.....

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

w.....

zwłok/szczątków* (*imię nazwisko, miejsce ponownego pochówku*):

.....
.....

.....
(data, pieczęć i podpis)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z 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, Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 (dalej: Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Otwocku, sekretariat.psse.otwock@sanepid.gov.pl nr tel. 22 779-48-33
2. Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest wyznaczony pracownik PSSE w Otwocku, nr tel. 22 779 48 33, sekretariat.psse.otwock@sanepid.gov.pl

Dane osobowe są przetwarzane w celu:

1. ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych;
2. Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:
 - ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 416),
 - ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576).
3. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 24 maja 2018 roku.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. 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, zabraniam przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem rozporządzenia oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

.....
(czytelny podpis)