



Rzeczpospolita Polska

Państwowy Powiatowy Inspektor  
Sanitarny w Gnieźnie  
ul. św. Wawrzyńca 18  
62-200 Gniezno

Adnotacje urzędu

## Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację ludzkich

☐

zwłok

☐

szczątków

☐

szczątków powstałych ze spopielenia zwłok

### 1. Instrukcja wypełnienia dokumentu

1. Wniosek złoż do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub do państwowego granicznego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca położenia grobu.

2. WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI.

3. Pola wyboru oznaczaj ☒ lub ☒.

4. Wypełniaj kolorem **czarnym** lub **niebieskim**.

### 2. Dane wnioskodawcy

#### 2.1. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy

Imię i nazwisko  
stopień pokrewieństwa  
w stosunku do osoby  
zmarłej

Numer dowodu osobistego

Pesel

#### 2.2. Adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

-

#### 2.3. Dane kontaktowe wnioskodawcy (dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)

Numer telefonu

Adres poczty elektronicznej

**2.4. Dane pełnomocnika** (podaj, jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika)

|  |
|--|
|  |
|--|

**2.5. Adres korespondencyjny wnioskodawcy** (jeśli w sprawie ustanowiłeś pełnomocnika, to podaj jego adres)

Miejscowość

|  |
|--|
|  |
|--|

Ulica

|  |
|--|
|  |
|--|

Nr domu

|  |
|--|
|  |
|--|

Nr lokalu

|  |
|--|
|  |
|--|

Kod pocztowy

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

-

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**3. Treść wniosku****3.1. Uzasadnienie** (podaj powód ekshumacji)

|  |
|--|
|  |
|--|

**3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej**

Imię i nazwisko

|  |
|--|
|  |
|--|

Miejsce urodzenia

|  |
|--|
|  |
|--|

Data

urodzenia

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

-

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

-

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Miejsce zgonu

|  |
|--|
|  |
|--|

Data zgonu

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

-

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

-

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Przyczyna zgonu

|  |
|--|
|  |
|--|

Choroba niezakaźna

|  |
|--|
|  |
|--|

Choroba zakaźna

Rodzaj choroby  
zakaźnej

|  |
|--|
|  |
|--|

Miejsce pochowania przed  
ekshumacją

|  |
|--|
|  |
|--|

Podaj nazwę i adres cmentarza.

Rodzaj grobu poddawanego  
ekshumacji

Pojedynczy

|  |
|--|
|  |
|--|

Podwójny

|  |
|--|
|  |
|--|

Głębiny

|  |
|--|
|  |
|--|

Ziemny

|  |
|--|
|  |
|--|

Murowany

|  |
|--|
|  |
|--|

Katakumby

|  |
|--|
|  |
|--|

Inny

|  |
|--|
|  |
|--|

Miejsce pochowania po ekshumacji

*Podaj nazwę i adres cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki oraz rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczątki: nowy grób ziemny, murowany, inny.*

Nazwa i adres podmiotu  
przeprowadzającego ekshumację

Środek transportu (dane dotyczące  
środka transportu i podmiotu  
transportującego zwłoki/szczątki),  
nie dotyczy przewozu urny ze  
spopielonymi zwłokami

### **3.3. Dane dotyczące wszystkich pozostałych uprawnionych do złożenia wniosku o ekshumację**

Pozostali uprawnieni

*Podaj imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa oraz adres zamieszkania wszystkich uprawnionych (np. członków rodziny).*

### 3.4. Oświadczenie

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny, tj.: **pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia** uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

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 oraz zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie.

Data

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

DD-MM-RRRR

Podpis wnioskodawcy

|  |
|--|
|  |
|--|

### 4. Podstawa prawna

Art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych

### 5. Załączniki

1. Oświadczenie uprawnionego członka rodziny osoby zmarłej o wyrażeniu zgodny na ekshumację.
2. Akt zgonu.
3. 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.
4. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku.
5. Zaświadczenie wydane przez właściwy zarząd cmentarza o posiadaniu wolego miejsca w grobie, w którym istnieje możliwość pochowania osoby wskazanej we wniosku o przeprowadzenie ekshumacji.
6. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik.

Inne załączniki:

|  |
|--|
|  |
|  |

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)(dalej „RODO”) informujemy, że:

1.

#### Administrator danych osobowych

Administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gnieźnie, ul. św. Wawrzyńca 18, 62-200 Gniezno, tel. 61 426 22 42.

2.

#### Inspektor ochrony danych

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: [iod.psse.gniezno@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.gniezno@sanepid.gov.pl)

3.

**Cel i zakres przetwarzania**

Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z RODO w celu i zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację/przewóz zwłok lub szczątków ludzkich.

**Podstawami prawnymi są:**

- Art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych

4.

**Okres przechowywania danych**

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez okres prowadzenia postępowania, a następnie w celach archiwalnych przez okres 10 lat po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym zostały pozyskane dane, zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt PSSE w Gnieźnie

5.

**Odbiorcy danych osobowych**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie obowiązującego prawa oraz podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów.

6.

**Prawa osób, których dane dotyczą**

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej; prawo do ograniczenia przetwarzania danych; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

7.

**Informacja o wymogu podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do realizacji wydania zezwolenia na ekshumację/przewóz zwłok i szczątków ludzkich, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji zgody na przeprowadzenie ekshumacji/przewozu zwłok u szczątków ludzkich.

8.

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, oraz nie będą przetwarzane w formie profilowania.

9.

**Informacja o zamiarze przekazania danych do Państwa trzeciego**

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

**6. Data i podpis wnioskodawcy**

Data

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DD-MM-RRRR

Podpis

|  |
|--|
|  |
|--|