

# WNIOSEK

**o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok (szczątków) poza granice Rzeczypospolitej Polskiej,**  
w przypadku gdy zgon nastąpił na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Imię i nazwisko wnioskodawcy*

.....  
*Telefon kontaktowy*

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Koninie  
ul. Staszica 16  
62-500 Konin**

Wnoszę o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok (szczątków) poza granice Rzeczypospolitej Polskiej:

..... zgodnie z niniejszym wnioskiem.  
*imię, nazwisko osoby zmarłej*

## **I. Dane dotyczące osoby zmarłej:**

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe):

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Ostatnie miejsce zamieszkania:

.....

4. Data, miejsce i przyczyna zgonu:

.....

5. Miejsce, z którego zwłoki lub szczątki zostaną przewiezione:

.....

6. Miejsce pochówku:

.....

7. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie:

.....

## II. Dane wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe):

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Dokument tożsamości (numer, seria):

.....

4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:

.....

Będąc odpowiedzialnym za złożenie fałszywych zeznań (stosownie do art. 233 § 1 Kodeksu karnego) składam powyższy wniosek i stwierdzam prawdziwość podanych w nim informacji.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków dotyczących właściwego sposobu wywozu zwłok (szczątków).

.....  
*podpis wnioskodawcy*

### Załączniki:

1. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon.
2. Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane.
3. Wymagane dokumenty właściwej władzy państw, przez którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone.
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

### Pouczenie:

Zgodnie z treścią § 2 ust. 2 rozporządzenia ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. Nr 249, poz. 1866) „w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon, do wniosku dołącza się dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy” z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017, poz. 912).

## **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (numer telefonu, adres e-mail\*) przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Koninie z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Staszica 16 wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent.*

*Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.*

*Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, ale cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.*

.....  
(czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić