

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok (szczątków)*

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Telefon kontaktowy

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

Wnoszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok (szczątków)*

.....
imię, nazwisko osoby zmarłej

I. Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
 2. Adres zamieszkania.....
 3. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej.....
 4. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia.....
-

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe).....
 2. Data i miejsce urodzenia
 3. Data i miejsce zgonu
 4. Przyczyna zgonu (w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej podać jej nazwę).....
-
5. Miejsce aktualnego pochówku.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
 6. Miejsce przeniesienia
-
7. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny.....
 8. Rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczątki: nowy grób ziemny, murowany, inny.....
 9. Termin ekshumacji.....

10. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację.....

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

.....
W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo.

12. Pozostali żyjący członkowie rodziny osoby zmarłej: pozostali małżonek, krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo), krewni wstępni (rodzice, dziadkowie), krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci), pozostali powinowaci w linii prostej do 1 stopnia - podać imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załączniki:

1) akt zgonu;

2) zaświadczenie o przyczynie zgonu w przypadku jeśli od daty zgonu nie minęły dwa lata;

3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj.: **pozostali 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 912) 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 Koninie.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

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