

Zduńska Wola, dnia20....r.

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Zduńskiej Woli
ul. Łaska 13
98-220 Zduńska Wola**

**WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację
i przewiezienie zwłok/szczałków***

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

I. Dane dotyczące wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko (w tym rodowe):
2. Adres zamieszkania:
3. Dowód tożsamości (numer, seria, wydany przez):
4. Numer telefonu kontaktowego:
5. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do zmarłego:

II. Dane dotyczące osoby zmarłej:

1. Imię i nazwisko :
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Data i miejsce zgonu:
4. Nr aktu zgonu:
5. Transport zwłok/szczałków* (nie dotyczy urny z prochami)
6. Zwłoki/szczałki zostaną poddane kremacji (tak/nie*), miejsce kremacji

Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił* z powodu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r., o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2019r. poz. 1473) – cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

III. Motywacja wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację (należy podać przyczyny powodujące konieczność przeprowadzenia ekshumacji):

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

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

.....

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

V. 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)

VI. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami ludzkimi):.....

VII. Przedsiębiorstwo przeprowadzające 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 2019 r. poz. 1473) 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)

Oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.

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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....
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.

INFORMACJA!

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zduńskiej Woli lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
 - akt zgonu (**do wglądu**),
 - zaświadczenie zarządcy cmentarza o możliwości przeprowadzenia ekshumacji osoby wskazanej we wniosku,
 - zaświadczenie zarządcy cmentarza o posiadaniu wolnego miejsca na pochowanie ekshumowanych zwłok/szczątków ludzkich,
 - oświadczenie wymienionych we wniosku pozostałych osób posiadających prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji (jeśli dotyczy),
 - klauzula informacyjna PSSE w Zduńskiej Woli (dotyczy ochrony danych osobowych),
 - zaświadczenie o przyczynie zgonu w przypadku **jeśli od daty zgonu nie minęły dwa lata** (nie dotyczy spopielionych szczątków).

KLAUZULA INFORMACYJNA DO WNIOSKU O WYDANIE ZGODY NA EKSHUMACJE ZWŁOK I SZCZĄTKÓW LUDZKICH

W związku z realizacją stosowania z dniem 25 maja 2018r. wymogów 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 „RODO”) zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zduńskiej Woli, ul. Łaska 13, 98 220 Zduńska Wola, tel. 043 823 41 48, adres e-mail: psse.zdunskawola@pis.gov.pl
- 2) Dane kontaktowe z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu e-mail: psse.zdunskawola@pis.gov.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe zbierane są i przetwarzane w celu prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków i nie są udostępniane innym odbiorcom.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) Rozporządzenia RODO.

- 5) W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) **Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do wydania zgody na ekshumację zwłok lub szczątków (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1473), jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji na przeprowadzenie ekshumacji.**

OŚWIADCZENIE

o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zduńskiej Woli. Podaję swoje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Potwierdzam, że przed złożeniem powyższego dokumentu zapoznałam (-em) się z klauzulą informacyjną do wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok i szczątków ludzkich.

.....

data i podpis składającego oświadczenie

Właściciel/zarządca cmentarza

.....
.....

(nazwa, adres)

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałków*

.....
.....

(imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

w celu ponownego pochowania na cmentarzu

w.....

.....

(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza

.....
.....

(nazwa, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza

.....

zwłok/szczałków*:

.....
.....

(imię nazwisko, miejsce pochówku)

.....

(data, pieczęć i podpis)

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr dowodu osobistego:

Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na ekshumację
zwłok/szczałtków zmarłego/zmarłej

z grobuna Cmentarzu

.....w celu przeniesienia szczątków na

Cmentarz

.....

(data i podpis składającego oświadczenie)

KLAUZULA INFORMACYJNA DO WNIOSKU O WYDANIE ZGODY NA EKSHUMACJE ZWŁOK I SZCZĄTKÓW LUDZKICH

W związku z realizacją stosowania z dniem 25 maja 2018r. wymogów 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 „RODO”) zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zduńskiej Woli, ul. Łaska 13, 98 220 Zduńska Wola, tel. 043 823 41 48, adres e-mail: psse.zdunskawola@pis.gov.pl

- 2) Dane kontaktowe z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu e-mail: psse.zdunskawola@pis.gov.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe zbierane są i przetwarzane w celu prowadzenia postępowania administracyjnego w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków i nie są udostępniane innym odbiorcom.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i e) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) Rozporządzenia RODO.
- 5) W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganych przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Pana prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) **Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do wydania zgody na ekshumację zwłok lub szczątków (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1473), jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji na przeprowadzenie ekshumacji.**

OŚWIADCZENIE

o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zduńskiej Woli. Podaję swoje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Potwierdzam, że przed złożeniem powyższego dokumentu zapoznałam (-em) się z klauzulą informacyjną do wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok i szczątków ludzkich.

.....

(data i podpis składającego oświadczenie)