

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Do
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego
W

WNIOSEK
o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich

I. Wnioskodawca :

1. Imię i nazwisko :
2. Numer, miejsce, data wydania dowodu osobistego
-
3. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej

4. Oświadczenie:

Oświadczam, że

1. jest mi wiadomo, iż stosownie do 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 2019 r, poz. 1473 z późn. zm.) prawo do złożenia prośby (wniosku) o przeprowadzenie ekshumacji przysługuje:

- a) pozostałemu małżonkowi,
 - b) krewnym zstępnym,
 - c) krewnym wstępnym,
 - d) krewnym bocznym do 4-go stopnia pokrewieństwa,
 - e) powinowatym w linii prostej do pierwszego stopnia;
2. żadna z osób zaliczonych do w/w grup nie sprzeciwia się przeprowadzeniu ekshumacji osoby, której dotyczy wniosek

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji :

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Data zgonu i przyczyna zgonu
-
4. Miejsce aktualnego pochówku (rodzaj grobu).....
Zarządca cmentarza (adres, pieczęć).....
.....

5. Miejsce przyszłego pochówku (rodzaj grobu, potwierdzenie zarządcy cmentarza).....

 6. Firma przeprowadzająca ekshumację

 7. Termin ekshumacji (data, godzina)
 8. Uzasadnienie wniosku

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego).

Jednocześnie oświadczam, że jest mi wiadome, że żadna z osób uprawnionych nie sprzeciwia się dokonaniu przeze mnie ekshumacji wspomnianej we wniosku osoby zmarłej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019r. poz.1781) oraz Rozporządzeniem 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). Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Elblągu z siedzibą przy ulicy Królewieckiej 195, 82-300 Elbląg. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo dostępu do tych danych, żądania ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub sprzeciwu wobec ich przetwarzania w związku z jej szczególną sytuacją. Otrzymane dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów związanych ze złożonym wnioskiem.

.....
 Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

III. Potwierdzenie ekshumacji przez firmę wskazaną przez składającego wniosek:

Warunki przy ekshumacji:

Ekshumacja zwłok lub szczątków powinna odbywać się we wczesnych godzinach rannych w okresie od 16 października do 15 kwietnia.

Przy ekshumacji mogą być tylko osoby bezpośrednio zainteresowane lub reprezentujące wnioskodawcę.

Inne zalecenia:

- a) zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji
 - powinny być wydobywane wraz z trumną i umieszczone na czas przewozu w skrzyni obitej blachą
 - w miejscu ponownego pochówku trumnę należy wydobyć ze skrzyni i pochować bez otwierania
- b) szczątki ekshumowane po okresie mineralizacji należy:
 - wydobyć wraz z resztkami trumny i umieścić w szczelnej, drewnianej trumnie wypełnionej warstwą substancji płynochłonnej o grubości 5 cm.
 - trumnę na czas przewozu umieścić w szczelnym worku z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne (worek po usunięciu spala się)
- c) przewożenie zwłok dopuszczalne jest tylko w specjalnie przeznaczonym do tego środku przewozowym przez wyspecjalizowane przedmioty.

Zakład pogrzebowy jest zobowiązany przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwe przepisy prawne.

Nazwa firmy dokonującej ekshumacji (pieczęć i podpis)

