

Grodzisk Mazowiecki, dnia .....

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Grodzisku Mazowieckim  
ul. Żwirki i Wigury 10  
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

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

## **WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ ZWŁOK/SZCZAŁKÓW\***

**1. Osoba uprawniona do ekshumacji i ponownego pochowania zwłok lub szczałków**  
*(dane wnioskodawcy)*

Nazwisko: .....

Imię lub imiona: .....

Adres zamieszkania/siedziba podmiotu: .....

Telefon kontaktowy: .....

Dowód tożsamości *(numer, seria, wydany przez)*: .....

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: .....

### **Uzasadnienie prośby o wydanie zezwolenia na 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 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 912 z późn. zm.) 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)

5) .....

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

6) .....

(imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu ekshumacji (imię i nazwisko ekshumowanej osoby).....

Należy dołączyć do wniosku czytelnie podpisane imieniem i nazwiskiem oświadczenia osób posiadających prawo do współdecydowania w sprawie ekshumacji.

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

W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo osoby uprawnionej z poświadczeniem wiarygodności podpisu.

## 2. Dane osoby zmarłej:

Nazwisko: .....

Imię lub imiona: .....

Nazwisko rodowe: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Data i miejsce zgonu: .....

Oświadczam, że zgon nastąpił/nie nastąpił\* z powodu choroby zakaźnej\*\*\* wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001r. Nr 152, poz. 1742).

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

4. Miejsce ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok lub szczątków (nazwa i adres cmentarza oraz zarządcy cmentarza): .....

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

6. Data ekshumacji: .....

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz nieznanne mi są okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku i świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do wydania decyzji zezwalającej na ekshumację zwłok/szczątków, zgodnie z Ustawą z dn. 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 1000 z późn. zm.).

.....  
*data i czytelny podpis wnioskodawcy (pieczętka podmiotu)*

.....  
*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 od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 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 za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

(...)

§ 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

\*\* osobami posiadającymi prawo do współdecydowania są m.in. zmarłego: małżonek, rodzice, dziadkowie, pradiadkowie, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, wnuki, prawnuki, teściowie

\*\*\* cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, twardzica, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne

#### **INFORMACJA!**

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Grodzisku Mazowieckim lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
  - akt zgonu – oryginał lub potwierdzoną notarialnie lub urzędowo za zgodność z oryginałem kserokopię,
  - akt urodzenia wnioskodawcy – oryginał lub potwierdzoną notarialnie lub urzędowo za zgodność z oryginałem kserokopię,
  - zgody zarządców cmentarzy,
  - oświadczenie firmy przeprowadzającej ekshumację,
  - oświadczenia osób posiadających prawo decydowania w sprawie ekshumacji o zgodzie na ekshumację,
  - oraz ewentualnie inne akty stanu cywilnego potwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo wnioskodawcy ze zmarłym.

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 .....

w .....

zwłok/szczałków\* (*imię nazwisko, miejsce pochówku*): .....

.....  
(data, pieczęć i podpis)

Właściciel lub upoważniony przedstawiciel zakładu pogrzebowego (*nazwa, adres zakładu*) .....

oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001r., Nr 153, poz. 1783 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków (Dz. U. z 2011r., Nr 75, poz. 405) w zakładzie wdrożono odpowiednie procedury do przeprowadzania ekshumacji oraz zakład posiada wyposażenie niezbędne do przeprowadzenia ekshumacji.

.....  
(data, pieczęć i podpis)

## **Klauzula informacyjna**

W związku z rozpoczęciem obowiązywania z dniem 25 maja 2018 r. 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 (zwanego dalej RODO), na podmioty przetwarzające dane osobowe został między innymi nałożony rozszerzony obowiązek informacyjny wobec osób, których dane są przetwarzane.

Wobec powyższego, informujemy, że:

**Administratorem** Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Grodzisku Mazowieckim, ul. Żwirki i Wigury 10, 05-825 Grodzisk Mazowiecki

Administrator wyznaczył również Inspektora Ochrony Danych, zwanego dalej IOD.

**Inspektorem Ochrony Danych IOD jest Kamil Tokarski, e – mail: [iod.grodzisk@psse.waw.pl](mailto:iod.grodzisk@psse.waw.pl)**, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Grodzisku Mazowieckim, ul. Żwirki i Wigury 10, 05-825 Grodzisk Mazowiecki.

**Państwa dane** pozyskaliśmy bezpośrednio od Państwa lub z innych jednostek administracji państwowej lub obywateli, w wyniku realizacji obowiązków ustawowych.

**Podstawę przetwarzania** Państwa danych stanowią bezpośrednio przepisy prawa, w tym:

- 1) ustawa z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 59),
- 2) Kodeks Postępowania Administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 2096 ze zm.);
- 3) rozporządzenie (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowymi żywnościowym oraz regulami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 139 z dnia 30.04.2004r.);
- 4) rozporządzenie (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 139 z dnia 30.04.2004r.);
- 5) rozporządzenie (WE) Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28.01.2002r. ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności i ustanawiającego procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności;
- 6) ustawa z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1541).

w związku z czym nie jest wymagane pozyskanie odrębnej zgody na przetwarzanie tych danych.

**Podanie danych** jest niezbędne z powodu i w zakresie wymogów przepisów prawa.

**Okres przechowywania** Państwa danych ustalają kryteria, wynikające z przepisów prawa.

**Przekazywanie** danych do państw trzecich nie jest dokonywane.

**Zautomatyzowane** podejmowanie decyzji, w tym profilowanie nie jest dokonywane.

**Przysługuje** Państwu prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Administrator stosuje środki** fizyczne, techniczne i organizacyjne ochrony przetwarzanych danych osobowych, odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, przetwarzaniem z naruszeniem obowiązujących przepisów oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Kontakt w sprawach związanych z RODO:

[iod.grodzisk@psse.waw.pl](mailto:iod.grodzisk@psse.waw.pl)