.…….…………, dnia…………….

*(miejscowość)*

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Kolbuszowej**

**WNIOSEK**

o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewiezienie zwłok/ szczątków ludzkich\*

1. **Wnioskodawca:**
2. Nazwisko, imię lub imiona …………………………………………………………………
3. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………… adres do korespondencji ……………………………………………………………………

nr tel. .....……………………………………………………………………………………

1. Nr dowodu osobistego ………………………….wydanego przez ……………………….

……………....................................................................PESEL ............................................

1. Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

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

1. Uzasadnienie do wniosku o zezwolenie na ekshumację

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. **Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:**
2. Nazwisko i imię lub imiona, nazwisko rodowe ................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Data i miejsce urodzenia ................................................................................................................................................
4. Data i miejsce zgonu ................................................................................................................................................
5. Miejsce (nazwa i adres cmentarza), w którym odbędzie się ekshumacja zwłok/ szczątków, rodzaj grobu: ziemny, murowany, katakumby, inny oraz nr grobu, rzędu i kwatery

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

1. Miejsce (nazwa i adres cmentarza) ponownego pochówku po przeniesieniu zwłok/ szczątków, rodzaj grobu: ziemny, murowany, katakumby, inny oraz nr grobu, rzędu i kwatery

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

1. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/ szczątki ludzkie (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami)

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

1. Firma przeprowadzająca ekshumację

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

1. Termin ekshumacji

……………………………………………………………………………………………....

1. Przyczyna zgonu (wypełnić w przypadku gdy przyczyną zgonu była jedna z podanych chorób zakaźnych: cholera, dur wysypkowy lub inna riketsjiozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne)

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

1. Prawo do pochowania zwłok/ ekshumacji ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
2. **Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego, uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, adres, nr dowodu osobistego, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego):**

1. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. ………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………....

**Podpisy osób wymienionych w pkt. III** (czytelny podpis):

1. ………………………………………………..
2. ………………………………………………..
3. ……………………………………………….
4. ……………………………………………….
5. ……………………………………………….

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok/ szczątków oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.) i nie jest mi wiadomo aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane, a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego).

Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

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

*data i podpis*

*\* właściwe zaznaczyć*