

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Kole**

WNIOSEK

**o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewóz
ekshumowanych zwłok (szczątków) ***

I. Dane dotyczące zmarłego

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. Nr aktu zgonu:.....
6. Miejsce aktualnego pochówku.....
.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
7. Miejsce przeniesienia.....
.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
8. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny*.....

II. Dane wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe).....
2. Adres zamieszkania.....
3. Nr i seria dowodu osobistego.....
wydanego przez.....
nr telefonu**
4. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do w/w zmarłego:.....
.....
5. Data ekshumacji:.....

6. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację.....

 7. Dane podmiotu transportującego zwłoki/szczątki* oraz dane dotyczące środka transportu,
 (marka i nr rej. samochodu).....

 8. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację.....

 9. Najbliżsi pozostali członkowie rodziny:.....

Jako osoba uprawniona z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację i przewóz zwłok/szczątków* zmarłego(ej)*.....
 niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2017r. poz. 912) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: 1) pozostały małżonek, 2) krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo), 3) krewni wstępni (rodzice, dziadkowie), 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci), 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia. Oświadczam, że ww. członkowie rodziny nie wyrażają sprzeciwu oraz, że nie jest mi wiadomo, aby w tej sprawie toczyło się postępowanie sądowe.
 Ponadto oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kole.

Warunki przy ekshumacji:

- ekshumacja powinna odbywać się w okresie od 16 października do 15 kwietnia, w godzinach rannych;
- przy ekshumacji mogą być obecne tylko osoby wykonujące nadzór z urzędu oraz bezpośrednio zainteresowane (najbliższa rodzina zmarłego);
- wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny należy umieścić w nowej trumnie;
- wszystkie czynności związane z przeprowadzaną ekshumacją wykona profesjonalna firma;
- ekshumację należy przeprowadzić w obecności przedstawiciela Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kole.

.....
 (Podpis wnioskodawcy)

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole z siedzibą w: 62-600 Koło, ul. Toruńska 72, NIP 665 11 73 999; REGON: 000309275
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel: 63 27 22 27; e-mail: iod@psse-kolo.pl

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Mają Państwo prawo do: dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania; cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się na stronach internetowych: <http://psse-kolo.pl/rodo> i <http://bip.psse-kolo.pl/index.php?id=195> oraz w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło

* właściwie zakreślić

** Na podstawie art. 6 ust 1 lit a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu kontaktowego przez administratora danych osobowych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło reprezentowaną przez Dyrektora Stacji w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora Ochrony Danych lub wysłanie wiadomości e-mail na adres: iod@psse-kolo.pl.

.....
(data i podpis)

Załączniki:

1. Akt zgonu
2. Zgody zarządców cmentarzy