

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres

.....  
Telefon kontaktowy

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Słupcy  
ul. Kościuszki 9  
62-400 Słupca**

**WNIOSEK  
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków**

**I. Dane dotyczące zmarłego, informacje o ekshumacji**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Data i miejsce zgonu..... Nr aktu zgonu.....
4. Miejsce pochowania przed ekshumacją .....
- .....
5. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny\* .....
- .....
6. Miejsce pochowania po ekshumacji .....
- .....
7. Rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczałki:
  - do chowanie do istniejącego grobu, należy podać: dane zmarłego pochowanego, datę pochowania oraz rodzaj grobu: .....
  - .....
  - nowy grób ziemny, murowany .....
8. Termin ekshumacji .....
9. Dane dotyczące środka transportu (nr rej., marka samochodu) .....
- .....
10. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację .....
- .....
11. Uzasadnienie wniosku o zezwolenie na ekshumację.....
- .....
- .....
- .....
- .....

## II. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko.....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Adres zamieszkania.....
4. Nr dowodu osobistego..... wydanego przez.....  
.....PESEL.....
5. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do zmarłego.....

## III. Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (wymienić imię, nazwisko, adres, seria i numer dowodu osobistego, stopień pokrewieństwa):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Podpis wnioskodawcy

### OŚWIADCZENIE

**Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację zwłok (szczątków) oświadczam, że:**

1. W pkt III wniosku podani zostali wszyscy żyjący członkowie rodziny, którym art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912) przyznaje prawo do pochowania zwłok: 1) pozostały małżonek (ka), 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
2. Wymienieni w pkt III wniosku członkowie rodziny zmarłego nie wnoszą sprzeciwu do złożenia niniejszego wniosku o ekshumację oraz nie jest mi wiadomym, aby w sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy.
3. Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.
4. Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków obowiązujących przy ekshumacji określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupcy.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupcy dla potrzeb realizacji wniosku, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### Załączniki :

1. Akt zgonu (oryginał)
2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody przez osobę uprawnioną.

Załącznik  
do wniosku o wydanie zgody  
na ekshumację zwłok (szczątków)

.....  
miejsowość, data

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
Adres

.....  
Seria i numer dowodu osobistego

.....  
Telefon

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako osoba uprawniona do pochówku zmarłej/go

.....  
(imię nazwisko zmarłej/go, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłej/go)

**wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok / szczątków w/w zmarłego** i popieram w całości wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków w/w zmarłego złożony przez .....

(imię, nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

Zwłoki zostaną ekshumowane z cmentarza w .....  
na cmentarz w .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupcy dla potrzeb realizacji wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....  
podpis oświadczającego

.....  
miejsowość, data

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Słupcy  
ul. Kościuszki 9  
62-400 Słupca**

**WSKAZANIE OSOBY UPOWAŻNIONEJ  
DO ODBIORU PISM W POSTĘPOWANIU ADMINISTRACYJNYM**

Zgodnie z art. 40 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257) wskazujemy

.....  
*/imię i nazwisko, adres/*

jako osobę upoważnioną do odbioru kierowanych do nas pism w postępowaniu administracyjnym wszczętym na złożony przez nas wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupcy w sprawie wydania zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków zmarłej/go .....

*/imię i nazwisko zmarłej/go/*

***Podpisy stron:***

Imię i nazwisko:

Podpis:

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

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