

.....dnia.....r.

\*)właściwe zakreślić

(miejscowość)

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Żaganiu**

**WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA EKSHUMACJĘ:**

- PRZEWIEZIENIE na inny cmentarz na terenie Rzeczypospolitej Polskiej / PRZEWIEZIENIE poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej celem ich ponownego pochowania/ PRZENIESIENIE na tym samym cmentarzu \*
- SZCZĄTKÓW / ZWŁOK LUDZKICH / URNY ZE SPOPIELONYMI ZWŁOKAMI \*
- Jeżeli planowana jest kremacja zwłok lub szczątków po ekshumacji należy podać miejsce kremacji, rodzaj transportu, którym przewiezione zostaną zwłoki lub szczątki do krematorium i z krematorium na cmentarz docelowy:  
.....  
.....

**I. Dane wnioskodawcy:**

1. Nazwisko i imię / imiona .....
2. Adres.....  
.....
3. Telefon kontaktowy.....
4. Numer i seria dokumentu tożsamości.....  
.....
5. Stosunek wnioskodawcy do osoby zmarłej / ekshumowanej\*: małżonek, matka /ojciec, babcia /dziadek, syn /córka, synowa /zięć, brat /siostra, wnuk (-czka ), prawnuk (-czka), kuzyn (-ka ), siostrzeniec (-ca ) /bratanek (-ca ), inne:.....
6. Dane osób najbliższej rodziny osoby zmarłej, poza Wnioskodawcą, uprawnionych do pochowania zwłok, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1-5 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych tj.: pozostały małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Stosunek do osoby ekshumowanej /zmarłej

**Oświadczenie Wnioskodawcy.**

Działając na podstawie art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.), świadomy odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania, Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok oświadczam, że:

- 1) we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (Dz. U. z 2023 poz. 887) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy;
- 2) treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz, że nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok;
- 3) biorę pełną odpowiedzialność prawną za podane we wniosku dane.

.....  
(data i czytelny podpis)

**II. Dane osoby ekshumowanej /przenoszonej /przewożonej\***

- 1.Nazwisko.....
- .....
- 2.Imię / imiona.....
- .....
- 3.Nazwisko rodowe .....
- .....
- 4.Data i miejsce urodzenia .....
- .....
- 5.Data i miejsce zgonu.....
- .....

5a. Zgon nastąpił na skutek choroby zakaźnej: a tak b nie

Jeżeli ekshumacja i/lub przewóz ma być przeprowadzony **przed upływem 2 lat od dnia zgonu** wymagana jest karta zgonu z podaną przyczyną zgonu ww. zmarłego lub dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej (§ 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich).

**Wykaz chorób zakaźnych** w przypadku, których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. (Dz. U. Nr 152, poz. 1742) - do chorób tych zaliczona została: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenia dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

6. Miejsce aktualnego pochówku osoby zmarłej.

Kraj	Województwo	Powiat
Miejscowość	Nazwa cmentarza	Ulica
Grób ziemny <input type="checkbox"/>	Katakumby <input type="checkbox"/>	Kolumbaria <input type="checkbox"/>
Grób murowany <input type="checkbox"/>		

7. Miejsce przyszłego pochówku osoby zmarłej.

Kraj	Województwo	Powiat
Miejscowość	Nazwa cmentarza	Ulica

8. Środek transportu, którym przewiezione zostaną zwłoki lub szczątki.

Nie dotyczy – pochówek na tym samym cmentarzu <input type="checkbox"/>	Transport drogowy (karawan) <input type="checkbox"/>	Transport kolejowy <input type="checkbox"/>	Transport lotniczy <input type="checkbox"/>	Transport wodny <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---

9. Proponowany termin ekshumacji / przeniesienia / przewozu - rok.....

**III. Dane podmiotu wykonującego usługę**

1. Nazwa i adres podmiotu.....  
.....  
.....

**IV. Uzasadnienie wniosku** .....

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

Treść wniosku i kompletność informacji o współdecydujących członkach rodziny potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wniosku załączam:

- Akt zgonu osoby ekshumowanej.
- Karta zgonu z podaną przyczyną zgonu zmarłego lub dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej, jeżeli ekshumacja i/lub przewóz ma być przeprowadzony **przed upływem 2 lat od dnia zgonu**.
- Pełnomocnictwa w przypadku, gdy wnioskodawcą jest zakład usług pogrzebowych.
- Zgodę administratora cmentarza na przyjęcie zwłok /szczątków na cmentarz.
- **Oświadczenia wymienionych we wniosku członków rodziny osoby zmarłej, poza Wnioskodawcą, uprawnionych do pochowania zwłok o wyrażeniu zgody na ekshumację zwłok/szczątków zmarłego – Załącznik nr 1.**

