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

*(miejsce, data )*

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Skierniewicach**

ul. Piłsudskiego 33

96-100 Skierniewice

**WNIOSEK**

**o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok / szczątków**

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok lub szczątków zmarłego(ej):

1. **Dane dotyczące osoby zmarłej: ..................................................................................................**

*imię i nazwisko*

1. Data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................
2. Data i miejsce zgonu : ...............................................................................................................
3. Przyczyna zgonu */nie dotyczy jeżeli od daty zgonu upłynęły 2 lata/*: .........................................................
4. Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane: ...................................................

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

1. Rodzaj grobu: ............................................................................................................................

*(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób*

1. Adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione: ........................................

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

1. Rodzaj grobu: ........................................... ................................................................................

*(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób*

w przypadku dochowania do grobu ziemnego data ostatniego pochówku ..............................

1. Zakład przeprowadzający ekshumację */jeżeli jest ustalony/:* ...........................................................

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

1. Zakład wykonujący transport zwłok/szczątków : */jeżeli jest ustalony/* *nie dotyczy urny z prochami po spopieleniu/*: ..................................................................................................................................

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

1. Proponowana data ekshumacji: .................................................................................................
2. **Dane wnioskodawcy: ...................................................................................................................**

*Imię i nazwisko*

1. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:...................................
2. Adres zamieszkania: .................................................................................................................

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

1. Adres do korespondencji: ..........................................................................................................

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

1. Dowód tożsamości ................................................................................................................................

*seria, numer, wydany przez*

1. Nr telefonu do kontaktu: .....................................................................
2. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację: .............................................................

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

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

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

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

1. **Informacja o pozostałych uprawnionych członkach rodziny:**

**Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, adres zamieszkania):**

*Do osób uprawnionych do współdecydowania należą: żyjący małżonek zmarłego, krewni zstępni zmarłego (dzieci, wnuki, itd.), krewni wstępni (rodzice, dziadkowie, itd.), krewni boczni do IV stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci oraz wnuki), oraz powinowaci zmarłego w linii prostej I stopnia (teściowie).*

1. ................................................................................................................................................................

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

1. ................................................................................................................................................................

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

1. ................................................................................................................................................................

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

1. ................................................................................................................................................................

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

1. ................................................................................................................................................................

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

1. ................................................................................................................................................................

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

**W przypadku liczby osób uprawnionych do współdecydowania większej niż 6, dane pozostałych należy dołączyć na osobnym załączniku do wniosku.**

Oświadczam, że osoby - członkowie rodziny uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku wymienieni w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017r. poz. 912) nie wyrażają sprzeciwu oraz nie jest mi wiadomo, aby w sprawie dotyczącej tej ekshumacji toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przepisami prawa

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

*/data i podpis/*

Do wniosku należy dołączyć załączniki:

1. Akt zgonu oraz akty stanu cywilnego dokumentujące pokrewieństwo wnioskodawcy ze zmarłym.
2. Zgody zarządców cmentarzy.
3. Pełnomocnictwa do występowania w imieniu członków rodziny (o ile zostały udzielone)

**Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Skierniewicach**

|  |
| --- |
| Właściciel/zarządca cmentarza…………………………………........………...........…………...  (nazwa, adres)  …………………………………………………………………………...……………………......  wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\*….......................................................................  ……………………………………………………………………………...…………………......  (imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)  .......................………………………………………………......…………………………………  w celu ponownego pochowania na cmentarzu ......................................………………………...  …………………………………………………………………………...……………………......  (nazwa, adres)  …………………………………………  (data, pieczęć i podpis) |
| Właściciel/zarządca cmentarza……………………………………........………...........………...  (nazwa, adres)  …………………………………………………………………………...……………………......  wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza \*…..................................................  …………………………………………………………………………...……………………......  zwłok/szczątków: ....................................…………………………...............................................  (imię nazwisko zmarłego, miejsce pochówku)  Dochowanie zwłok/szczątków do grobu istniejącego (rodzinnego) może nastąpić wyłącznie  z zachowaniem wymagań Art. 7 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2017r. poz. 912)  …………………………………………  (data, pieczęć i podpis) |

………………………………………….

*/ miejscowość, data /*

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

*/ imię i nazwisko/*

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

*/seria i numer dowodu osobistego/*

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

*/organ wydający dowód osobisty, data ważności/*

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

*/miejsce zamieszkania - adres /*

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

**P E Ł N O M O C N I C T W O**

Ja niżej podpisany/a upoważniam ………………………………………..........................……..

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

*/ imię, nazwisko, miejsce zamieszkania - adres /*

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

*/seria i numer dowodu osobistego, organ wydający, data ważności/*

do występowania w moim imieniu i wykonywania wszelkich czynności w postępowaniu administracyjnym w sprawie o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/szczątków ……………………………………….............................……………………..............................

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

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

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

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

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

*/ imię, nazwisko , data i miejsce urodzenia, data zgonu, nr aktu zgonu osoby zmarłej, adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane i adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione/.*

W związku z udzieleniem upoważnienia oświadczam, że mam świadomość, iż wszelkie pisma kierowane do mnie w powyższej sprawie będą doręczane ustanowionemu pełnomocnikowi.

Do pełnomocnictwa przedstawiam swój dowód osobisty / kserokopię dowodu do wglądu

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

*/ podpis udzielającego pełnomocnictwa/*