

.....  
Imię i nazwisko

Miejscowość, dnia.....

.....  
Adres

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**W .....**

**WNIOSEK**

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

**I. Wnioskodawca :**

1. Nazwisko, imię lub imiona .....
2. Numer, data, miejsce wydania dowodu osobistego  
.....  
.....
3. Stopień pokrewieństw w stosunku do osoby zmarłej  
.....
4. Uzasadnienie do wniosku o zezwolenie na ekshumację  
:.....  
.....  
.....

**II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji :**

1. Nazwisko, imię lub imiona, nazwisko rodowe  
.....
2. Data i miejsce urodzenia  
.....
5. Ostatnie miejsce zamieszkania.....
6. Data i miejsce zgonu.....

7. Miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione oraz rodzaj grobu :  
ziemny, murowany, katakumby, inny.....

.....

8. Miejsce pochówku.....

.....

7. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie.....

.....

8. Firma przeprowadzająca ekshumację i jej termin .....

.....

9. 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, węglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne) .....

.....

10. Prawo do pochowania zwłok 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 .

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

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe 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