

..... data .....

.....  
imię, nazwisko

.....  
adres

.....  
nr tel. kontaktowego

.....  
numer, data, miejsce wydania dowodu osobistego

.....  
PESEL

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
w Rybniku**

**WNIOSEK O EKSHUMACJĘ**

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok/szczątków\* zmarłego(ej)

.....  
imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej .....

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

1. Data i miejsce urodzenia .....

2. Data zgonu.....

przyczyna zgonu: a) choroba zakaźna/niezakaźna \*; b) rodzaj choroby zakaźnej; c) inna.....

3. Adres cmentarza, na którym zwłoki/szcątki\* są pochowane .....

4. Adres cmentarza, na który zwłoki/szcątki\* mają być przeniesione .....

5. Przeprowadzający ekshumację (nazwa, adres firmy) .....

7. Transport zwłok/szcątków\* .....

8. Data ekshumacji .....

9. Uzasadnienie wniosku .....

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

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

Oświadczam, że osoby – członkowie rodziny uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku nie wyrażają sprzeciwu oraz nie jest mi wiadomo, aby w sprawie dotyczącej tej ekshumacji toczył się jakikolwiek spór sądowy. Dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania ( art. 233 Kodeksu Karnego).  
Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przez przepisy prawa.

.....  
/data i podpis wnioskodawcy/

#### INFORMACJA

1. Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rybniku lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu przez właściwy organ administracji samorządowej lub powiatowej.
2. Do wniosku należy dołączyć załączniki:
  - Akt zgonu (kserokopia)
  - Zgody zarządców cmentarzy

\* niepotrzebne skreślić

Właściciel/zarządca cmentarza.....  
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczałtków\* .....

.....  
(imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

.....  
w celu ponownego pochowania na cmentarzu w.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza.....  
(nazwa, adres)

wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza .....

W.....  
zwłok/szczałtków\*:

.....  
(imię nazwisko, miejsce pochówku)

.....

.....  
(data, pieczęć i podpis)