

Szczytno, dnia

.....
(imiona i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer i seria dokumentu tożsamości)

.....
(telefon kontaktowy – nieobowiązkowo)

STAROSTA SZCZYCIEŃSKI

W N I O S E K

Zwracam się z prośbą o wydanie zezwolenia na sprowadzenie zwłok/szczątków ludzkich* z obcego państwa.

Dane dotyczące osoby zmarłej:

1. nazwisko, imię lub imiona
2. nazwisko rodowe
3. data i miejsce urodzenia
4. ostatnie miejsce zamieszkania
-
5. data i miejsce zgonu
6. miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione
-
7. miejsce pochówku
8. środek transportu, którym osoba zmarła zostanie przewieziona
-
9. data przewozu zwłok lub szczątków

Oświadczam, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947)

Decyzję administracyjną odbiorę poprzez:

- pocztą tradycyjną
- osobiście w siedzibie urzędu.

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Dokument stwierdzający zgon, przetłumaczony na język polski.
2. Zezwolenie na pochowanie zwłok albo szczątków ludzkich na cmentarzu.
3. Oświadczenie osoby o uprawnieniu do pochowania zwłok albo szczątków ludzkich.
4. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu, lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon).*
5. Ewentualne pełnomocnictwo (w przypadku, kiedy wnioskodawcą nie jest osoba uprawniona).*
6. Zlecenie bądź upoważnienie odpowiedniego zakładu pogrzebowego do przeprowadzenia wszelkich czynności związanych z uzyskaniem zezwolenia oraz dokument potwierdzający, że zakład ten prowadzi działalność gospodarczą (zaświadczenie o wpisie do ewidencji gospodarczej).*

* niepotrzebne skreślić

Szczytno, dnia

.....
(imiona i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer i seria dokumentu tożsamości)

.....
(telefon kontaktowy - nieobowiązkowo)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków* zmarłego/ zmarłej*

.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej -

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić