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

………………………………………………………………………………………………

1. data i miejsce zgonu ...............................................................................................................
2. miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione .................................

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

1. miejsce pochówku ..................................................................................................................
2. środek transportu, którym osoba zmarła zostanie przewieziona ............................................ .................................................................................................................................................
3. 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:

 pocztę tradycyjną

 osobiście w siedzibie urzędu. .......................................................

 (podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Dokument stwierdzający zgon, przetłumaczony na język polski.
2. Oświadczenie osoby o uprawnieniu do pochowania zwłok albo szczątków ludzkich.
3. Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu, lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon).\*
4. Ewentualne pełnomocnictwo (w przypadku, kiedy wnioskodawcą nie jest osoba uprawniona).\*
5. 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