

Ekshumacja

wymagania dotyczące uzyskiwania zezwolenia na jej dokonanie, dokumenty, warunki przeprowadzania.

Wymagania dot. ekshumacji zwłok określa art. 15 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 783).

Zgodnie z powyższymi przepisami :

1. Ekshumacja zwłok i szczątków może być dokonana na umotywowaną prośbę osób uprawnionych do pochowania zwłok, którymi są :
 - pozostali małżonek,
 - krewni zstępni,
 - krewni wstępni,
 - krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa,
 - powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
2. Ekshumacja polega na wydobyciu zwłok i szczątków z grobu lub miejsca tymczasowego pochówku w celu przeniesienia ich i pochowania w innym miejscu albo przeprowadzenia oględzin lekarsko – sądowych.
3. Ekshumacja zwłok i szczątków jest dopuszczalna :
 - w okresie od 16 października do 15 kwietnia,
 - we wczesnych godzinach rannych,
 - o terminie ekshumacji należy zawiadomić właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który wykonuje nadzór nad ekshumacją,
 - przy ekshumacji mogą być obecne tylko osoby bezpośrednio zainteresowane (najbliższa rodzina zmarłego),
 - o zamierzonej ekshumacji zawiadamia się pisemnie zarząd cmentarza.
4. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne takie jak : cholera, dur wysypkowy lub inne riketsjiozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka lub inne wirusowe gorączki krwotoczne, nie mogą być ekshumowane przed upływem 2 lat od dnia zgonu.
5. Jeżeli pomiędzy członkami rodziny powstaje spór dotyczący ekshumacji osobą uprawnioną do złożenia wniosku o ekshumację będzie osoba wskazana prawomocnym wyrokiem sądu.
6. Zezwolenie w formie decyzji na przeprowadzenie ekshumacji wydaje, po rozpatrzeniu złożonego wniosku właściwy terenowo dla miejsca ekshumacji Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny.

Załącznik :

Wniosek o wydanie zezwolenia na ekshumację i przewiezienie zwłok / szczątków ludzkich.

.....
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, nosaczna, 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