

miejsowość, data

....., .....

Starosta Bydgoski  
ul. Konarskiego 1-3  
85-066 Bydgoszcz

**Wniosek o wydanie zezwolenia na sprowadzenie z obcego państwa zwłok lub szczątków zmarłego**

I. Wniosek

Niniejszym zwracam się z wnioskiem o wydanie zezwolenia na sprowadzenie z obcego państwa:  
trumny ze zwłokami  
urny z prochami

II. Wnioskodawca

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 4. Imię drugie .....
5. Dokument tożsamości
- 1) Rodzaj dokumentu ..... 2) Seria ..... 3) Nr .....
3. Adres firmy / miejsce zamieszkania
  1. Miejscowość ..... 2) Poczta .....
  - 3) Ulica .....
  - 4) Nr domu ..... 5) Nr lokalu .....
4. Nr telefonu .....
5. Adres e-mail .....

III. Dane osoby zmarłej

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze .....
3. Imię drugie .....
4. Nazwisko rodowe .....
5. Data urodzenia .....
6. Miejsce urodzenia .....

IV. Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej

1. Miejscowość ..... 2) Poczta .....
- 3) Ulica .....
- 4) Nr domu ..... 5) Nr lokalu .....

V. Dane dotyczące zgonu

1. Data zgonu .....
2. Miejsce zgonu .....
3. Miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione  
.....
4. Miejsce pochówku  
.....
5. Środek transportu, którym zostaną przywiezione zwłoki albo szczątki ludzkie  
.....

VI. Załączniki

akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon, przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego,

dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej,

oświadczenie podmiotu uprawnionego do pochowania zwłok albo szczątków ludzkich (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon),

zobowiązanie do pochówku,

pełnomocnictwo, jeżeli takiego udzielono,

dowód wpłaty opłaty skarbowej za pełnomocnictwo

VII. Informacje dodatkowe

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

VIII. Forma odbioru dokumentów

drogą elektroniczną  
pocztą tradycyjną  
osobiście w siedzibie urzędu

.....  
*podpis*

miejsowość, data

....., .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) ..... legitymujący(a) się  
(imiona i nazwisko)

dowodem osobistym Nr/Seria ..... wydanym przez .....

zamieszkały (a) .....  
(dokładny adres zamieszkania)

niniejszym oświadczam, że:

1. zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych jestem jedyną osobą uprawnioną do sprowadzenia zwłok/szczątków zmarłego/ej<sup>1</sup>

.....  
(imiona i nazwisko, nazwisko rodowe osoby zmarłej)

2. zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby<sup>2</sup>.

.....  
podpis

miejsowość, data

---

<sup>1</sup> Prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostały małżonek(ka), 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia. Prawo pochowania zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej przysługuje właściwym organom wojskowym w myśl przepisów wojskowych. Prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

<sup>2</sup> Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu powoduje obowiązek natychmiastowego usunięcia z mieszkania zwłok osób zmarłych na te choroby i pochowania na najbliższym cmentarzu w ciągu 24 godzin od chwili zgonu: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

....., .....

## ZOBOWIĄZANIE DO POCHÓWKU

Ja niżej podpisany(a) ..... legitymujący(a) się  
(*imiona i nazwisko*)

dowodem osobistym Nr/Seria ..... wydanym przez .....

zamieszkały (a) .....  
(*dokładny adres zamieszkania*)

niniejszym zobowiązuję się do pochowania zwłok/szczątków zmarłego/ej

.....  
(*imię/imiona i nazwisko rodowe, stopień pokrewieństwa, imiona rodziców zmarłego/ej*)

.....  
(*data i miejsce urodzenia, ostatnie miejsce zamieszkania zmarłego/ej*)

na cmentarzu

.....  
(*nazwa cmentarza i adres*)

.....

*podpis*

miejsowość, data

....., .....

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany(a) ..... legitymujący(a) się  
(imiona i nazwisko)

dowodem osobistym Nr/Seria ..... wydanym przez .....

zamieszkały (a) .....  
(dokładny adres zamieszkania)

niniejszym udzielam pełnomocnictwa:

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 4. Imię drugie .....
5. Dokument tożsamości ..... Seria ..... Nr .....

na sprowadzenie z obcego państwa zwłok/szczątków ludzkich:

### Dane osoby zmarłej

1. Nazwisko.....
2. Imię pierwsze.....
3. Imię drugie .....
4. Nazwisko rodowe .....
5. Data i miejsce urodzenia .....

### Dane dotyczące zgonu

1. Data i miejsce zgonu .....
2. Miejsce, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione  
.....
3. Miejsce pochówku  
.....

.....

podpis