

....., dnia.....

**Starosta Kozienicki**  
**ul. Kochanowskiego 28**  
**26-900 Kozienice**

**WNIOSEK O WYDANIE POZWOLENIA NA SPROWADZENIE Z ZAGRANICY<sup>1</sup>**

- ZWŁOK**  
 **SZCZĄTKÓW LUDZKICH POWSTAŁYCH W WYNIKU SPOPIELEŃ ZWŁOK**  
 **SZCZĄTKÓW LUDZKICH**

**I Dane Wnioskodawcy:**

1. Imię (Imiona)	2. Nazwisko
3. Rodzaj dokumentu tożsamości:	4. Seria i numer dokumentu tożsamości

**II Adres zamieszkania Wnioskodawcy:**

5. Kraj	6. Miejscowość	7. Ulica
8. Nr domu	9. Nr lokalu	10. Kod pocztowy i poczta

**III Adres do korespondencji Wnioskodawcy:**

- taki sam jak adres zamieszkania**

11. Kraj	12. Miejscowość	13. Ulica
14. Nr domu	15. Nr lokalu	16. Kod pocztowy i poczta

**IV Dane kontaktowe (dobrowolnie):**

17. Nr telefonu	18. Adres e-mail
-----------------	------------------

**V Dane Pełnomocnika (jeśli dotyczy):**

19. Imię (Imiona)	20. Nazwisko
21. Rodzaj dokumentu tożsamości:	22. Seria i numer dokumentu tożsamości

**VI Adres zamieszkania Pełnomocnika (jeśli dotyczy):**

23. Kraj	24. Miejscowość	25. Ulica
26. Nr domu	27. Nr lokalu	28. Kod pocztowy i poczta

**VII Adres do korespondencji Pełnomocnika (jeśli dotyczy):**

- taki sam jak adres zamieszkania**

29. Kraj	30. Miejscowość	31. Ulica
32. Nr domu	33. Nr lokalu	34. Kod pocztowy i poczta

<sup>1</sup> zaznaczyć właściwy  wstawiając X

**VIII Dane kontaktowe (dobrowolnie/ jeśli dotyczy):**

35. Nr telefonu	36. Adres e-mail:
-----------------	-------------------

**IX Stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:**

37. <input type="checkbox"/> Nie dotyczy - zobowiązuję się do dobrowolnego pochowania zmarłego
--

**X Dane osoby zmarłej:**

38. Imię (Imiona)	39. Nazwisko
40. Nazwisko rodowe	41. Data i miejsce urodzenia
42. Ostatnie miejsce zamieszkania	43. Data i miejsce zgonu
44. Przyczyną zgonu była choroba zakaźna <sup>2</sup> :	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

**XI Dane dotyczące transportu zwłok / szczątków ludzkich w wyniku spopielenia zwłok / szczątków ludzkich:**

45. Środek transportu:
46. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki zostaną przewiezione:

**XII Miejsce pochówku osoby zmarłej:**

47. Powiat	48. Miejscowość
49. Nazwa cmentarza	50. Ulica (jeśli dotyczy)

**XIII Załączniki**

1. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon, przetłumaczony na język polski przez przysięgłego tłumacza; **w przypadku nieokreślenia w ww. dokumentach przyczyn zgonu, dołącza się dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej** wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
2. Pełnomocnictwo, jeżeli strona działa przez pełnomocnika wraz z dowodem potwierdzenia wniesienia opłaty skarbowej (jeśli dotyczy).
3. Inne dokumenty (wskazać jakie):

.....  
podpis wnioskodawcy

**Informacje dodatkowe:**

1. Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży (§ 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 ze zm.).
2. Za szczątki ludzkie uważa się:
  - 1) popioły powstałe w wyniku spopielenia zwłok,
  - 2) pozostałości zwłok, wydobytych przy kopaniu grobu lub w innych okolicznościach,
  - 3) części ciała ludzkiego, odłączone od całości (§ 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi).
3. Przewóz osób zmarłych na choroby zakaźne, nie może być przeprowadzony przed upływem 2 lat od dnia zgonu (art. 15 ust. 3 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych).

---

2 Wykaz chorób zakaźnych w przypadku, których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. (Dz. U. Nr 152, poz. 1742) - **do chorób zaliczona została**: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenia dziecięce, nosaczna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.