|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………........................................................ (Imię nazwisko wnioskodawcy)............................................................................................................................................................................................................................................................(adres zamieszkania)....................................................................................(rodzaj dokumentu tożsamości, numer i seria) |  | ………………………..................................................... r.(miejscowość, data) |
| .....................................................................................(nr telefonu do kontaktu)…………………………………………………………………………………(stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą) |  | **Starosta Bartoszycki****ul. Lipowa 1****11-200 Bartoszyce** |

**WNIOSEK**

# **o wydanie zezwolenia na sprowadzenie zwłok lub szczątków ludzkich z obcego państwa**

Na podstawie §3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich.(Dz.U. z 2007 r. Nr 249, poz. 1866)

Proszę o wydanie zezwolenia na sprowadzenie z .........................................................................................................

(nazwa miejscowości i kraju w którym znajdują się zwłoki/szczątki zmarłego)

 do .................................................................................................................................................................................

(miejscowość – Polska)

zwłok / szczątków ludzkich powstałych ze spopielenia zwłok osoby (zaznaczyć właściwe):

Nazwisko i imię (imiona) osoby zmarłej ………………………….............................................................................................

Nazwisko rodowe osoby zmarłej ...................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia osoby zmarłej .......……………………………..............…………….......................................................

Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej ..............................................................................................................

Data i miejsce zgonu ………………………………………………………...............…….......................................................................

Miejsce pochowania zwłok lub szczątków ludzkich.......................................................................................................

(nazwa cmentarza, miejscowość)

Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie ...................................................................

Osoba / Firma odpowiedzialna za sprowadzenie i transport zwłok /nazwisko, nazwa i adres/

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

.………………………………...........................................................

(*podpis wnioskodawcy)*

**W załączeniu (zaznaczyć właściwe \*):**

* akt zgonu lub inny dokument urzędowy potwierdzający zgon osoby, tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego.
* W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu, dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego\*.
* oryginał pełnomocnictwa lub jego urzędowo poświadczony odpis wraz z dowodem uiszczenia opłaty skarbowej\*.