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

( Miejscowość i data )

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Kołobrzegu

ul. Waryńskiego 8

78-100 Kołobrzeg

**WNIOSEK**

o wydanie zezwolenia na ekshumacje, przewóz zwłok (szczątków), prochów\*

**I. Dane wnioskodawcy/ców**

1.Imię i nazwisko:

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

Adres:

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................nr telefonu :……….......................................................................................................................

Nr dowodu osobistego: ..........................................wydanego przez ...........................................

................................................................................................................ ……………………….. PESEL ; .......................................................................................................................................

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do zmarłego: .......................................................................................................................................................

**II. Dane dotycz**ą**ce zmarłego**

1.Imię i nazwisko .......................................................................................................................................................

2.Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................................................

3.Data zgonu .......................................................................................................................................................

4.Zgon nastąpił/ nie nastąpił\* na skutek choroby zakaźnej

5.Miejsce pochowania .......................................................................................................................................................

6.Dane dotyczące miejsca nowego pochówku:

- cmentarz, na który zwłoki/szczątki/prochy\* mają być przeniesione …………………………………………………………………………………………………..

- nowy grób/dochowanie do istniejącego już grobu\*; ………………………………………….

………………………………………………………………………………………………… (w przypadku dochowania podać dane osoby, do której ma nastąpić dochowanie : imię, nazwisko, data zgonu)

- rodzaj grobu, do którego ma nastąpić dochowanie ziemny/murowany\*; (jeśli dotyczy)

**III. Uzasadnienie wniosku**

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

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

**IV. Najbliźsi pozostali członkowie rodziny równouprawnieni do pochowania zwłok/szczątków:**

*(imi*ę*, nazwisko, adres zamieszkania, stopie*ń *pokrewie*ń*stwa):*

a)………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

b)………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

c)…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

d)………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

e)………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**V**. Jako uprawniony/nieni z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o wydanie zgody na ekshumacje, przewóz zwłok (szczątków), prochów\*

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

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

Oświadczam/my i potwierdzam/my własnoręcznym podpisem, że stosownie do art. 10 ust.1 w związku z art. 15 ust.1 pkt 1 Ustawy z dnia 31stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych brak jest innych żyjących osób, które mają prawo do ekshumacji w/w zwłok /szczątków prochów ludzkich tj. rodziny osoby zmarłej.

Pouczony również o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania określone w art. 233 §1 kodeksu karnego potwierdzam prawdziwość danych i biorę pełną odpowiedzialność prawną oraz zobowiązuje się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kołobrzegu.

…………………………………………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

**czytelny podpis wnioskodawcy/ców)**

**O**ś**wiadczenie*:\* (o***ś***wiadczenie nale***ż***y wypełni***ć***, je***ż***eli wniosek składany jest w obecno***ś***ci pracownika przyjmuj***ą***cego w/w wniosek)***

*Zgodnie z art. 10 § 1 kpa zapoznałem/am si*ę *z aktami w sprawie. Wnosz*ę*/ nie wnosz*ę\* *uwag jako wnioskodawca/pełnomocnik\**

*……………………………………………………….*

*……………………………………………………….*

*osoba wymieniona w pkt IV:*

*…..*……………………………………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

…………………………………………………….

**Data i czytelny podpis**

***(\*wła***ś***ciwe podkre***ś***li***ć***)***

**Wymagane załączniki: (na podstawie art. 50 i art. 77 § 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. kodeks postępowania administracyjnego)**

1.Akt zgonu osoby, której dotyczy wniosek

2. Akty stanu cywilnego potwierdzające stopień pokrewieństwa wnioskodawcy oraz osób wymienionych w pkt. IV

3. Oświadczenia i pełnomocnictwa osób wymienionych w pkt. IV

4. Zgoda Zarządcy cmentarza na pochowanie zwłok/szczątków/prochów.

\*właściwe zakreślić

**Klauzula informacyjna do wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok/szczątków/prochów.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i sposobie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, ul. Waryńskiego 8, 78-100 Kołobrzeg;
2. Z inspektorem ochrony danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej można kontaktować się pod adresem e-mail: [maciej.kowalski@sanepid.gov.pl](mailto:maciej.kowalski@sanepid.gov.pl) oraz pod nr tel 94 35 30 190;
3. PSSE przetwarza dane osobowe w celu realizacji swojego ustawowego zadania i ciążącego obowiązku prawnego, który jest realizowany w interesie publicznym tj.: w celu wydania zezwolenia na ekshumację i transport zwłok lub szczątków, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych;
4. PSSE przetwarza dane osobowe na podstawie ustawy PIS oraz ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych;
5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach i na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 3 i 4, Pani/Pana dane mogą osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być tylko podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, o których mowa w pkt.3;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3 i 5, nie dłużej niż przez 5 lat po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym zostały pozyskane dane;
7. W związku z przetwarzaniem przez PSSE danych w celach i na podstawie przepisów prawa wskazanych w pkt. 3 i 4 przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie danych przez PSSE narusza przepisy ww. rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, koniecznym do realizacji wydania wniosku na ekshumację zwłok (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych), jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji zgody na przeprowadzenie ekshumacji.

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną

………………………………….

(data i podpis)