

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

Państwowy Powiatowy Inspektor

Sanitarny w Inowrocławiu

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok /szczątków ludzkich/ szczątków
powstałych ze spopielenia zwłok*.

Wnioskodawca:

Imiona i nazwisko:

.....
.....

Adres, nr telefonu:

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

Adres do korespondencji* * *

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

Numer, data, miejsce wydania dowodu osobistego, seria:

.....
.....

Stopień pokrewieństwa ze zmarłym/łą

.....

Dane dotyczące zmarłego:

Imiona i nazwisko zmarłego/ej oraz nazwisko rodowe.....

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

Ostatnie miejsce zamieszkania.....

.....
.....

Data i miejsce urodzenia i zgonu.....

.....
.....

Przyczyna zgonu: choroba zakaźna - tak/nie*

Imię i nazwisko oraz adres osoby, która zwłoki pochowała

.....

Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki ludzkie/ szczątki powstałe ze spopielenia zwłok*
są pochowane albo miejsce z którego zwłoki/szczątki ludzkie/ szczątki powstałe ze spopielenia
zwłok*przewiezione.....

.....

W grobie znajdują się inne zwłoki/szczątki ludzkie/ szczątki powstałe ze spopielenia zwłok? -
tak/nie*

Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki ludzkie/ szczątki powstałe ze spopielenia zwłok*
mają być pochowane

.....
.....

Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego/ej uprawnieni do ekshumacji** (imię,
nazwisko, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa):.....

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

Środek transportu (rodzaj), którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie/ szczątki powstałe ze spopielenia zwłok * * *

Zakład pogrzebowy/zarządca cmentarza/osoba fizyczna, która przeprowadzi ekshumację:

Uzasadnienie

Ja niżej podpisany(a), jako uprawniony(a) do złożenia wniosku o wydanie zgody na ekshumację/ przeniesienie /wywóz* zwłok /szczątków* ludzkich/ szczątki powstałe ze spopielenia zwłok* oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj. pozostałemu małżonkowi, krewnym zstępnym, krewnym wstępnym, krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowatym w linii prostej do 1 stopnia, zgodnie z art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe i składam je pod rygorem odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, o czym zostałem poinformowany /zostałam poinformowana.

Art. 233 Kodeksu karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

Załączniki:

- 1."Oświadczenie"- wnioskodawcy.
- 2." Oświadczenie woli"- podanych na wniosku pozostałych członków najbliższej rodziny zmarłego/ej uprawnionych do ekshumacji.
3. Karta zgonu lub akt zgonu, protokół kremacji (spopielenia)

*Niepotrzebne skreślić

- Stosownie do art. 15 ust. 1, w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych: prawo do ekshumacji zwłok ludzkich przysługuje najbliższej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostałemu małżonkowi, 2) krewnym zstępnym, 3) krewnym wstępnym, 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowatym w linii prostej do I stopnia.
- Stosownie do § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich: w przypadku nieokreślenia przyczyn zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon, do wniosku dołącza się dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy.

* * * Nie dotyczy

- * * * * - stosownie do art. 76 § 2 b ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego: upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem. Poświadczenie obejmuje podpis pracownika, datę i oznaczenie miejsca sporządzenia poświadczenia, a na żądanie strony, również godzinę sporządzenia poświadczenia. Jeżeli dokument zawiera cechy szczególne (dopiski, poprawki lub uszkodzenia), należy stwierdzić to w poświadczeniu.
- podpis na wniosku złożyć w obecności pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub poświadczyć notarialnie albo dostarczyć z poświadczeniem wiarygodności podpisu przez właściwy organ administracji samorządowej lub medycznej.

Zgoda na przetwarzanie danych

Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Jednocześnie informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Inowrocławiu, plac Klasztorny 1b, 88-100 Inowrocław.

Pani/Pana dane będą przetwarzane wyłącznie do celów objętych złożonym wnioskiem oraz archiwalnych.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Inowrocławiu, plac Klasztorny 1b, 88-100 Inowrocław w celu wydania zgody na ekshumację oraz archiwizowania. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo żądania informacji o zakresie przetwarzania moich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, uzupełniania, uaktualniania i sprostowania danych, gdy są one niekompletne, nieaktualne bądź nieprawdziwe.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

Klauzula informacyjna

W związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (**dalej RODO**) oraz art. 2a Kodeksu Postępowania Administracyjnego informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana* danych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Inowrocławiu z siedzibą plac Klasztorny 1b, 88-100 Inowrocław, e-mail: sekretariat.psse.inowroclaw@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan* się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod.psse.inowroclaw@sanepid.gov.pl, lub pisemnie na adres podany w pkt 1.
3. Pani/Pana* dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z Kodeksu Postępowania Administracyjnego oraz Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i innych przepisów prawa, w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia.
4. Dane osobowe mogą być również przetwarzane w sytuacji, gdy osoba, której dane dotyczą, wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO. W tym przypadku podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie jest warunkiem załatwienia spraw wnoszonych lub zleczanych Administratorowi. W pozostałych przypadkach podanie danych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach.
5. Jeżeli Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Inowrocławiu okaże się podmiotem niewłaściwym do rozpatrzenia Pani/Pana* wniosku/petycji Pani/Pana* dane zostaną przekazane do podmiotu właściwego do jej rozpatrzenia.
6. Administrator nie udostępnia i nie ujawnia danych osobowych inaczej niż na podstawie przepisów prawa lub gdy jest to konieczne do realizacji zadań/usług. W szczególności są to:
 - dostawcy usług, z których korzysta Administrator w celu zapewnienia możliwości wykonywania przez niego zadań (np. dostawcy specjalistycznego oprogramowania, usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi) lub podwykonawcy w przypadku Państwa zgody na podzlecenie badania;
 - inne strony bądź uczestnicy postępowań, którym na mocy przepisów Kodeksu Postępowania Administracyjnego przysługuje wgląd w akta prowadzonego postępowania;
 - właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracji państwowej, sądy i organy ochrony prawa – jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, w tym określony przez Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujący u Administratora.
8. Posiada Pani/Pan* prawo do żądania od Administratora:
 - a) dostępu do Pani/Pana* danych osobowych – w granicach art. 15 RODO,
 - b) sprostowania Pani/Pana* danych osobowych – w granicach art. 16 RODO,
 - c) usunięcia Pani/Pana* danych osobowych – w granicach art. 17 RODO,
 - d) ograniczenia przetwarzania Pani/Pana* danych osobowych – w granicach art. 18 RODO,
 - e) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które zostało wykonane na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli Administrator na tej właśnie podstawie przetwarzał Pani/Pana* dane osobowe,
 - f) prawo do przenoszenia danych – w granicach art. 20 RODO.
9. Przysługuje Pani/Panu* prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku stwierdzenia naruszenia przetwarzania Pani/Pana* danych osobowych.
10. Administrator nie planuje przekazywania Pani/Pana* danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej spoza Unii Europejskiej, chyba że taki wymóg będzie wynikać z przepisów prawa lub decyzji właściwego organu.
11. Pani/Pana* dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust.1 i 4 RODO.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)