

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

Państwowy Powiatowy Inspektor

Sanitarny w Inowrocławiu

WNIOSEK

**o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok / szczątków ludzkich/ szczątków powstałych
ze spopielenia zwłok* poza granice Rzeczypospolitej Polskiej**

1. Dane wnioskodawcy:

Imię (imiona) i nazwisko:

.....
.....

Adres zamieszkania, nr telefonu:

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

Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, innego niż adres zamieszkania):

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

Numer, seria, data i miejsce wydania dokumentu tożsamości:

.....
.....

Stopień pokrewieństwa ze zmarłym/łą:

.....
.....

2. Dane pełnomocnika (jeżeli został ustanowiony):

Imię (imiona) i nazwisko:

.....
.....

Adres do korespondencji:

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

3. Dane dotyczące zmarłego:

Imię (imiona) i nazwisko zmarłego/ej oraz nazwisko rodowe:

.....

.....

.....

Ostatnie miejsce zamieszkania:

.....

.....

.....

Data i miejsce urodzenia i zgonu:

.....

.....

Przyczyna zgonu:

Zgon nastąpił / nie nastąpił* na skutek choroby zakaźnej wymienionej w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne).

Imię i nazwisko oraz adres osoby, która pochowała zmarłego/zmarłą:

.....

.....

4. Informacje dotyczące miejsca pochowania zmarłej/-ego

Miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z którego zwłoki albo szczątki ludzkie zostaną przewiezione (miejscowość, nazwa i adres miejsca, z którego zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki ludzkie):

.....

.....

Miejsce pochówku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (kraj, miejscowość):

.....

.....

.....

Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego/ej, uprawnieni zgodnie z przepisem prawnym** (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa) :

.....

.....

.....

.....

.....

5. Dane dotyczące środka transportu, w którym zostaną przewiezione zwłoki

albo szczątki ludzkie:

Nazwa i adres osoby fizycznej / przedsiębiorcy, który odpowiada za transport zwłok lub szczątków ludzkich:

.....

.....

.....

Rodzaj środka transportu (drogowy, kolejowy, lotniczy, wodny):

.....

.....

.....

.....

Dane identyfikujące środek transportu:

.....

.....

6. Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że jako: pozostały małżonek(ka) / krewny zstępny / krewny wstępny / krewny boczny do 4 stopnia pokrewieństwa / powinowaty w linii prostej do 1 stopnia / osoba, która pochowała osobę zmarłą i której dane znajdują się w ewidencji grobów prowadzonej przez administrację cmentarza*:

.....

(imię (imiona) i nazwisko osoby zmarłej)

mam prawo do pochowania jego (jej) zwłok / szczątków, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

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

7. Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu woli 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. Dokument pełnomocnictwa, o ile został ustanowiony pełnomocnik
2. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon.
3. W przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon - dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu.
4. Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane.
5. Wymagane dokumenty właściwej władzy państw, przez których terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być przewożone, stwierdzające brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa.
6. Oświadczenie woli – podanych na wniosku pozostałych członków najbliższej rodziny osoby zmarłej uprawnionych do wyrażenia zgody na wywóz zwłok / szczątków ludzkich/ szczątków powstałych ze spopielenia zwłok* poza granice Rzeczypospolitej Polskiej.

*Niepotrzebne skreślić

- Stosownie do 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 1 stopnia, 6) inne osoby, które pochowały osoby zmarłe i których dane znajdują się w ewidencji grobów prowadzonej przez administrację cmentarza.
- 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.
- 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.

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 lub oświadczeniem woli 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 Sanitarно-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 celem 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)