

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
.....
Adres
.....
Telefon kontaktowy

.....
Miejscowość, data

**Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Busku-Zdroju**
ul. Batorego 2, 28-100 Busko-Zdrój

WNIOSEK

o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok lub szczątków

I. Dane dotyczące zmarłego, informacje o ekshumacji

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia
3. Data zgonu.....
4. Cmentarz, na którym pochowane są zwłoki
-
5. Rodzaj grobu: ziemny, murowany, katakumby, inny* (*-właściwe podkreślić)
6. Cmentarz, na którym mają być pochowane zwłoki/szczątki
.....
7. Proponowany termin ekshumacji.....
8. Firma przeprowadzająca ekshumację.....
.....
9. Dane dotyczące środka transportu
-
10. Uzasadnienie wniosku o zezwolenie na ekshumację.....
.....
.....

II. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do zmarłego.....

III. Pozostali członkowie najbliższej rodziny zmarłego uprawnieni do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (wymienić imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa):

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

.....
.....
.....
Oświadczam, że:

1. Jestem uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumację zwłok (szczątków).
2. W pkt. III wniosku podani zostali wszyscy żyjący członkowie rodziny, którym art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz.U. z 2023r., poz. 887) przyznaje prawo do pochowania zwłok:
 - 1) pozostały małżonek (ka),
 - 2) krewni zstępni (*dzieci, wnuki, prawnuki*)
 - 3) krewni wstępni (*rodzice, dziadkowie, pradziadkowie*)
 - 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (*rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, wnuki rodzeństwa*)
 - 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia (*teść, teściowa, zięć, synowa*)
3. Wymienieni w pkt III wniosku członkowie rodziny zmarłego nie wnoszą sprzeciwu do złożenia niniejszego wniosku o ekshumację.

.....
(własnoręczny podpis wnioskodawcy)

Załącznik(i):

1. Oświadczenie(a) o wyrażeniu zgody przez osobę(y) uprawnioną(e).

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W BUSKU – ZDROJU

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju, ul. Stefana Batorego 2, 28 – 100 Busko – Zdrój tel.: 413783573, e-mail: sekretariat.psse.busko@sanepid.gov.pl.**
2. W Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Busku – Zdroju wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie lub drogą elektroniczną: **tel.: 413783573, e-mail: radca.psse.busko@sanepid.gov.pl**
3. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju oraz upoważnienie przez niego pracownicy mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji zadań powierzonych Administratorowi na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w zakresie realizacji celów wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane, w uzasadnionych przypadkach – na podstawie przepisów prawa, uprawnionym instytucjom.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż przewidziany w przepisach o archiwizacji.
6. Podanie przez Panią/Pana danych jest wymogiem ustawowym.
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, o ile zachodzą okoliczności przewidziane przepisami RODO.
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych na potrzeby postępowania kontrolnego oraz że otrzymałem/am drugi egzemplarz pisma.

**Załącznik
do wniosku o wydanie zgody
na ekshumację zwłok (szczątków)**

.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

.....
Telefon

OŚWIADCZENIE

Ja (imię i nazwisko) zam.

.....
oświadczam, że jako osoba uprawniona do pochówku zmarłej/go

.....
(imię nazwisko zmarłej/go, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłej/go)

wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji w/w zmarłego

przez

(imię, nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

.....
podpis oświadczającego

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO –
EPIDEMIOLOGICZNEJ W BUSKU – ZDROJU**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju, ul. Stefana Batorego 2, 28 – 100 Busko – Zdrój tel.: 413783573, e-mail: sekretariat.psse.busko@sanepid.gov.pl.**
2. W Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Busku – Zdroju wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie lub drogą elektroniczną: **tel.: 413783573, e-mail: radca.psse.busko@sanepid.gov.pl**
3. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Busku – Zdroju oraz upoważnienie przez niego pracownicy mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji zadań powierzonych Administratorowi na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w zakresie realizacji celów wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane, w uzasadnionych przypadkach – na podstawie przepisów prawa, uprawnionym instytucjom.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż przewidziany w przepisach o archiwizacji.
6. Podanie przez Panią/Pana danych jest wymogiem ustawowym.
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, o ile zachodzą okoliczności przewidziane przepisami RODO.
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych na potrzeby postępowania kontrolnego oraz że otrzymałem/am drugi egzemplarz pisma.