……, dnia…….....

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
ul. Nowy Świat 6
72-300 Gryfice

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację, przeniesienie/przewiezienie* szczątków/zwłok* ludzkich

I. Dane dotyczące zmarłego

1. Imię i nazwisko…….....
2. Data i miejsce urodzenia…….....
3. Data zgonu…….....
4. Nr aktu zgonu…….....
5. Miejsce pochowania…….....
6. Miejsce przeniesienia…….....

II. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko…….....
2. Adres do korespondencji…….....
3. Nr telefonu…….....
4. Nr dowodu osobistego …….. wydanego przez……..... …….....
5. PESEL…….....
6. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do zmarłego…….....

III. Pozostałe informacje dotyczące ekshumacji

1. Data ekshumacji/przewozu*…….....
2. Firma przeprowadzająca ekshumację/przewóz*……..... .....
3. Uzasadnienie wniosku……..... ....

4. Najbliżsi pozostali członkowie rodziny *(imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa):*

a) ....

b) ....

c) ....

.

d) .....

……

e) .....

.....

5. Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o wydanie zgody na ekshumację, przewozu zwłok/szczątków*

.....

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem, że stosowanie do art. 10 ust. 1 w związku z art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 912 z późn. zm.) brak jest innych żyjących osób lub są inne osoby żyjące, które mają prawo do ekshumacji ww. zwłok/szczątków ludzkich.
2. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich wymogów i warunków obowiązujących przy ekshumacji określonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gryficach.
3. Oświadczam że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny na mocy art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 912 z późn. zm.)
4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego).
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami Rozporządzenia parlament Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. – w załączeniu informacja dotycząca pozyskiwania danych osobowych.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:.

1. Kopia aktu zgonu.
2. Oświadczenia najbliższej rodziny zmarłego(ej) tj.: 1) pozostały małżonek (ka), 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia potwierdzające zgodę na przeprowadzenie ekshumacji.
3. Potwierdzenie danych osobowych sporządzone w trakcie przyjmowania wniosku w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gryficach lub wydane przez notariusza.
4. Zgody zarządców cmentarzy.
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania mnie przed organami administracji państwowej w sprawie ekshumacji.

* właściwe zakreślić

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
ul. Nowy Świat 6, 72-300 Gryfice

Gryfice, dnia …….

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE POTWIERDZENIA DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, ze dane zawarte we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację, przeniesienie/ przewiezienie* szczątków/zwłok* . ludzkich **są zgodne** z .danymi. wynikającymi z .okazanego dowodu tożsamości tj. …… …….wydanego przez ……..

……..., PESEL ……

.....

podpis osoby przyjmującej wniosek

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

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany/na.....

zamieszkały/ła.....

legitymujący/ca się dowodem osobistym nr.....PESEL.....

oświadczam, że ustanawiam swoim pełnomocnikiem.....

zamieszkałego/ą w.....

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr.....

do reprezentowania mnie przed organami administracji państwowej w sprawie ekshumacji zmarłego/ej.....

.....
(czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gryficach/Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gryficach z siedzibą w Gryficach, ul. Nowy Świat 6
* kontakt z inspektorem ochrony danych u PPIS w Gryficach/w PSSE w Gryficach jest realizowany drogą e-mailową – iodo@pssegryfice.com
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania decyzji zezwalającej na przeprowadzenie ekshumacji na podstawie art. 6 ust. 1, pkt. c RODO
* PPIS w Gryficach/PSSE w Gryficach udostępnia Pani/Pana dane innym odbiorcom prowadzonego postępowania administracyjnego tj. osobą uprawnionym do pochowania szczątków /zwłok przewidzianych w przepisie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 912 z późn. zm.)
* informacje o zamiarze przekazania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej - nie dotyczy
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od momentu zakończenia sprawy
* posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu
* ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do PUODO (organu nadzorczego) gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* podanie przez Panią/Pana danych osobowych zgodnie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 912 z późn. zm.) jest wymogiem do rozpoczęcia postępowania administracyjnego w celu wydania zezwolenia na ekshumacje szczątków lub zwłok zmarłego. Jest Pani/Pan zobowiązana(y) do ich podania, a konsekwencją niepodania danych zgodnie z art. 64 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 1261 z późn. zm.) spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
* Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania

……..

Podpis wnioskodawcy