

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok (szczątków)*

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Telefon kontaktowy

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Koninie
ul. Staszica 16
62-500 Konin**

Wnoszę o wydanie zezwolenia na dokonanie ekshumacji zwłok (szczątków)*

.....
imię, nazwisko osoby zmarłej

I. Wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
2. Adres zamieszkania
3. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej
4. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia

II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)
2. Data i miejsce urodzenia
3. Data i miejsce zgonu
4. Przyczyna zgonu (w przypadku zgonu z powodu choroby zakaźnej podać jej nazwę).....
5. Miejsce aktualnego pochówku.....
(nazwa i adres cmentarza)
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
6. Miejsce przeniesienia
-
(nazwa i adres cmentarza)
.....
(nazwa i adres zarządcy cmentarza)
.....
7. Rodzaj grobu poddawanego ekshumacji: ziemny, murowany, katakumby, inny.....
8. Rodzaj grobu, do którego zostaną złożone ekshumowane zwłoki/szczątki: nowy grób ziemny, murowany, inny.....
9. Termin ekshumacji.....

10. Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ekshumację.....

11. Środek transportu (dane dotyczące środka transportu i podmiotu transportującego zwłoki/szczątki)*, nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami.....

W przypadku, gdy pełnomocnikiem wnioskodawcy jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo.

12. Pozostali żyjący członkowie rodziny osoby zmarłej: pozostali małżonek, krewni zstępni (dzieci i ich potomstwo), krewni wstępni (rodzice, dziadkowie), krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa (rodzeństwo i ich dzieci), pozostali powinowaci w linii prostej do 1 stopnia - podać imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa:

Załączniki:

1) akt zgonu;

2) zaświadczenie o przyczynie zgonu w przypadku jeśli od daty zgonu nie minęły dwa lata;

3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny tj.: **pozostali małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia** uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy.

Oświadczam, że treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz że nie są mi znane okoliczności mogące stać w sprzeczności z pozytywnym rozstrzygnięciem wniosku, a w szczególności dotyczące innego stanowiska pozostałych osób uprawnionych do złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane oraz zobowiązuję się do przestrzegania wymogów i warunków określonych przy ekshumacji przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Koninie.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (numer telefonu, adres e-mail) przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Koninie z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Staszica 16 wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent.*

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, ale cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn. zm.) zwanego dalej „RODO” informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Koninie, reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Koninie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie z siedzibą w: 62-500 Konin, ul. Staszica 16
NIP 665 17 43 952; REGON: 00077818800024
tel.: 63 243 90 52;
e-mail: sekretariat@psse-konin.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych
e-mail: iod@psse-konin.pl
3. Państwa dane osobowe (numer telefonu, adres e-mail) przetwarzane będą *w celu łatwiejszej komunikacji pracownik PSSE w Koninie – petent.*
(podstawa przetwarzania: art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
4. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony dla danego rodzaju sprawy w jednolitym rzeczowym wykazie akt stanowiącym załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 19/2014 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie z dnia 3 września 2014 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji kancelaryjnej, instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego oraz jednolitego rzeczowego wykazu akt dla Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie lub do czasu cofnięcia zgody.
6. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne i wymaga Pana/Pani zgody.