

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Kole**

WNIOSEK

**o wydanie zgody na wywóz zwłok/szczątków ludzkich
z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Dane dotyczące zmarłego

1. Imię (imiona) i nazwisko:.....
2. Nazwisko rodowe:.....
3. Data i miejsce urodzenia:.....
4. Ostatnie miejsce zamieszkania:.....
5. Data i miejsce zgonu:.....
6. Nr aktu zgonu:.....
7. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki ludzkie zostaną przewiezione (*kraj, miejscowość, nazwa i adres*):
.....
.....
8. Miejsce przyszłego pochówku zwłok/szczątków ludzkich (*kraj, miejscowość, nazwa i adres*):
.....
.....
9. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie (*marka, nr rej. samochodu*):
.....
.....
należącego do (*nazwa i adres zakładu pogrzebowego*):.....
.....

Dane wnioskodawcy:

1. Imię (imiona) i nazwisko:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Numer telefonu*:.....
4. Numer i seria dowodu osobistego:.....
wydanego przez.....
5. Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą :.....

Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

- a)
.....
- b)
.....
- c)
.....
- d)
.....

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu wywozu zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (*imię i nazwisko osoby zmarłej*).....

Do wniosku o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok albo szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej należy dołączyć:

- Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon (*oryginał lub potwierdzoną notarialnie lub urzędowo za zgodność z oryginałem kserokopię*).
- Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu choroby zakaźnej (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu).
- Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane.
- Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki albo szczątki mają być przewożone.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data przyjęcia wniosku)

.....
(podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, 62-600 Koło, ul. Toruńska 72, sekretariat@psse-kolo.pl, tel. 63 2722279.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: iod@psse-kolo.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w ramach działań inspekcyjnych wynikających z ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021r. poz. 195), mających na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego.
4. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Dane te nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnionym na mocy przepisów prawa.
5. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.
6. Odbiorcami do których mogą być przekazane Państwa dane osobowe będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia spraw na mocy przepisów prawa, którym PSSE w Kole sprawy przekazał. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi PSSE w Kole zawarła umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowników w Urzędzie systemów informatycznych.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U z 2011r. Nr 14 poz. 67 ze zm.).

* Na podstawie art. 6 ust 1 lit a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu kontaktowego przez administratora danych osobowych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło reprezentowaną przez Dyrektora Stacji w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora Ochrony Danych lub wysłanie wiadomości e-mail na adres: iod@psse-kolo.pl.

.....
(data i podpis)