……..… ……..……, dnia……..……..
(imię i nazwisko) (miejscowość)

……..
(nr telefonu)

……
(adres)

……
(nr i seria dowodu osobistego)

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w ……..

WNIOSEK
o wydanie zgody na ekshumację

I. Dane dotyczące zmarłego/ej:

1. Imię i nazwisko……

2. Data i miejsce urodzenia……

3. Data i miejsce zgonu……

4. Przyczyna zgonu: (właściwe zakreślić)

a) choroba zakaźna/niezakaźna b) rodzaj choroby zakaźnej……..

II. Dane o ekshumacji:

1. Miejsce aktualnego pochówku, nr kwatery (jeśli jest określony)……...
2. Miejsce przyszłego pochówku, nr kwatery (jeśli jest określony)……
3. Termin ekshumacji……..
4. Przeprowadzający ekshumację (nazwa i adres firmy)……

……...

5. Uzasadnienie wniosku……

……

……

……

……

……..

……...

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

a).....

b).....

c).....

d).....

Jako uprawniony z tytułu pokrewieństwa do złożenia wniosku o zezwolenie na ekshumacje zwłok (szczątków).....

niniejszym oświadczam, że wniosek został uzgodniony ze wszystkimi członkami rodziny, którym art. 15 ust. 1 pkt. 1 w zw. z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. - Dz.U. z 2017r., poz. 912) przyznaje prawo do pochowania zwłok, a mianowicie: 1) pozostały małżonek, 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego).

…...…….
(Podpis wnioskodawcy)

Załącznik:
1. Akt zgonu

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 (RODO)informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Strzelcach Opolskich**, 47-100 Strzelce Opolskie, ul. Piłsudskiego 20,** jest Dyrektor.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania zleconych badań laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu realizacji badań laboratoryjnych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania zlecenia.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu, 45-367 Opole, ul. Mickiewicza 1.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji określonego powyżej celu, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych osobowych.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
9. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można kontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych Osobowych** za pośrednictwem poczty elektronicznej: psse.strzelceopolskie@pis.gov.pl lub na adres: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Strzelcach Opolskich, 47-100 Strzelce Opolskie, ul. Piłsudskiego 20.

(czytelny podpis zleceniodawcy)