

.....
miejsowość, data

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

.....
(adres zamieszkania c.d.)

członka rodziny osoby zmarłej o wyrażeniu zgody
na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków
ludzkich*

.....
(tel. kontaktowy)

(pozostały małżonek, krewni wstępní, krewni
zstępní, krewni boczni do 4 stopnia
pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej
do 1 stopnia)

.....
(seria i nr dowodu osobistego)

.....
(PESEL)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji zwłok / szczątków*

mojego / mojej*
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

pochowanego(-ej) na cmentarzu
(dokładna nazwa cmentarza)

celem ponownego pochowania w obrębie tego samego cmentarza / przeniesienia na
cmentarz*
(dokładna nazwa cmentarza)

Niniejszym upoważniam mojego / moją
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko wnioskodawcy)

do załatwienia wszelkich formalności w toku postępowania przed Państwowym
Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Wałczu o wydanie zezwolenia na ekshumację

.....
(imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

Jednocześnie oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w powyższej sprawie toczył się jakikolwiek spór sądowy. Niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego

.....

data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną PSSE w Wałczu.

.....

(Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Wałcz, dnia.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja,
(imię i nazwisko)

zamieszkały.....
(adres zamieszkania)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku w celach*:

- a) przeprowadzenie badań do celów sanitarno- epidemiologicznych;
- b) badanie próbek wody do spożycia;

c) inny - podać jaki:

Ekshumacja -

.....

.....

(imię i nazwisko osoby ekshumowanej)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną PSSE w Wałczu.

.....
(Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

**właściwe podkreślić*

Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w Powiatowej Sanitarno-Epidemiologicznej w Wałczu jest Dyrektor z siedzibą przy ul. Aleja Zdobywców Wału Pomorskiego 54. Informacje dotyczące przetwarzania i ochrony danych osobowych są dostępne na stronie internetowej pod adresem: <https://www.gov.pl/web/psse-walcz> lub w siedzibie stacji.