………..…….………………………

*miejscowość, data*

**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\*:

1. przeprowadzenie badań do celów sanitarno- epidemiologicznych;
2. badanie próbek wody do spożycia;
3. 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.*