Strzelce Opolskie , dnia…………

 **Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny w Strzelcach Opolskich ul. Marsz. J. Piłsudskiego 20**

 **47-100 Strzelce Opolskie**

**Wniosek o wydanie zezwolenia na przewóz zwłok/prochów** (\*właściwe podkreślić)

**poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.

|  |
| --- |
| **1. Dane Wnioskodawcy** |
| Imię i nazwisko |  |
| Seria i nr dowodu osobistego |  |
| Telefon |  |
| Stopień pokrewieństwa ze zmarłym |  |

|  |
| --- |
| **2. Adres zamieszkania Wnioskodawcy** |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |
| --- |
| **3. Adres do korespondencji Wnioskodawcy, jeśli jest inny niż adres zamieszkania** |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |
| --- |
| **4. Dane osoby lub firmy realizującej przewóz zwłok poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej** |
| Nazwa firmy lub imię i nazwisko osoby prywatnej |  |
| Kraj |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i poczta |  |

|  |
| --- |
| **5. Dane osoby zmarłej** |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwisko rodowe |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Ostatnie miejsce zamieszkania |  |
| Data i miejsce zgonu |  |
| Przyczyna zgonu (\* właściwe podkreślić) | Choroba zakaźna/choroba niezakaźna |
| Jeśli choroba zakaźna, to jaka? |  |

|  |
| --- |
| **6. Trasa i środek transportu** |
| Miejscowość, z której są wywożone zwłoki/prochy na terenie RP |  |
| Miejscowość i kraj, do którego są wywożone zwłoki/prochy |  |
| Samochód (marka i nr rejestracyjny) |  |
| Inny środek transportu (jaki?) |  |

|  |
| --- |
| **7. Oświadczenie** |
| Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochówku zmarłego, treść wniosku odpowiada stanowi faktycznemu i prawnemu oraz 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 przewóz zwłok/prochów i biorę pełną odpowiedzialność za podane we wniosku dane.Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dla klientów Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Strzelcach Opolskich dot. RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na użytek prowadzonego postępowania. |

|  |
| --- |
| **8. Załączniki** |
| A. Ksero skróconego aktu zgonu/karta zgonu/świadectwo kremacji |
| B. upoważnienie do występowania w imieniu upoważnionego wraz z dowodem uiszczenia opłaty skarbowej |
| C. Inne, jakie? |  |

\*właściwe podkreślić

…………………………………..

 (podpis)