|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | …………………………….., dnia ……………………  Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Myśliborzu | | | | | | |
|  | | | |  |
|  | | | |
| **Oświadczenie osoby uprawnionej do ekshumacji i pochowania ludzkich zwłok lub szczątków** | | | | | | | | | | | | |
| **1. Instrukcja wypełnienia dokumentu** | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| 1. | WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI. | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane osoby uprawnionej** | | | | | | | | | | | | |
|  | **2.1. Dane identyfikacyjne osoby uprawnionej** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| Stopień pokrewieństwa osoby uprawnionej z osobą zmarłą |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | **2.2. Adres miejsca zamieszkania osoby uprawnionej** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy | | |  |  | - |  |  |  |
|  | **2.3. Dane kontaktowe osoby uprawnionej** *(dane kontaktowe nie są obowiązkowe, ale ułatwią kontakt w sprawie wniosku)* | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Numer telefonu |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej |  | | | | | | | | | | | |
|  | **2.4. Dane pełnomocnika** *(podać, jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika)* | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
|  | **2.5. Adres korespondencyjny osoby uprawnionej** *(jeśli w sprawie ustanowiono pełnomocnika, to podać jego adres)* | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | Kod pocztowy | | |  |  | - |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Treść oświadczenia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3.1. Oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Oświadczam, że jestem osobą posiadającą prawo do ekshumacji (na podstawie przepisu art.15 ust.1 pkt 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych) oraz wyrażam zgodę na ekshumację | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3.2. Dane dotyczące osoby zmarłej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce urodzenia |  | | | | | | Data urodzenia | | | | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zgonu |  | | | | | | Data zgonu | | | | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania przed ekshumacją |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pochowania po ekshumacji |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Podać zarówno nazwę i adres cmentarza, na którym ma się odbyć ekshumacja, jak i cmentarza, na którym mają być ponownie pochowane zwłoki lub szczątki.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Data i podpis osoby uprawnionej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Data |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |
|  | *DD-MM-RRRR* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

 czytelny, własnoręczny podpis osoby składającej oświadczenie

|  |
| --- |
| **5. Podstawa prawna** |
| Art. 10 ust. 1 i art. 15 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych |

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WYNIKAJĄCY Z ART. 14 UST. 1 i 2 RODO PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ DANE POZYSKANO W SPOSÓB INNY NIŻ OD OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ W ZAKRESIE WNIOSKU O ZEZWOLENIE NA EKSHUMACJĘ ZWŁOK**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Myśliborzu/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu z siedzibą: ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz,

(nr tel.: 95 747 56 16), adres e-mail: [psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:psse.mysliborz@sanepid.gov.pl).

1. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myśliborzu został wyznaczony Inspektor ochrony danych osobowych, z którym można skontaktować się w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych poprzez e-mail: [iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.mysliborz@sanepid.gov.pl)
2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myśliborzu przetwarza dane w celu realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikających z: ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 416), oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2024r. poz. 576) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na PSSE Myślibórz.
3. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, inne organy administracyjne, sądy i organy ochrony prawa - jeżeli na mocy przepisów szczególnych Administrator zobowiązany jest do przekazania im danych osobowych bądź podmioty te uprawnione są do żądania udostępnienia takich danych;

b) pozostali członkowie rodzinny, których dane zostały ujawnione we wniosku; c) na podstawie umowy powierzenia firmy zapewniające ciągłość i prawidłowość wykonywania zadań przez Administratora (firmy informatyczne, dostawcy oprogramowania itp.) oraz w zależności od wyboru przez Panią/Pana środków komunikacji z PSSE w Myśliborzu, operatorowi pocztowemu celem dopełnienia obowiązku komunikacji w sprawie.

1. Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe przypisane są do danych zwykłej kategorii.
2. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od wnioskodawcy o przeprowadzenie ekshumacji.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji prawnie określonych zadań ciążących na Administratorze, a po ich zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa- Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działań archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011r. Nr 14 poz. 67)
4. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym w formie profilowania.
5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Przysługujące prawa

1. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych przysługuje Pani/Panu prawo do:

a. dostępu do swoich danych osobowych

b. prawo usunięcia danych (z zastrzeżeniem art. 17 RODO)

c. uzyskania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu (z zastrzeżeniem art. 15 ust. 3 RODO),

d. żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe.

1. Wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna, Pani/Pan że przewarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).