

.....  
*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\*

.....  
*(adres korespondencyjny\*\*)*

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

.....  
*(adres korespondencyjny c.d.\*\*)*

.....  
*(tel. kontaktowy)*

.....  
*(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

\*\* wypełnić jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania

.....  
*miejsowość, 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\*:

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.*