

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

.....
(dowód tożsamości: numer, seria, miejsce wydania)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Międzyrzeczu**

WNIOSEK O EKSHUMACJĘ

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Proszę o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok/szczątków zmarłego(ej)

.....
Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej

Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji:

1. Data i miejsce urodzenia
2. Data i miejsce zgonu
3. Przyczyna zgonu
4. Adres cmentarza i dane zarządcy cmentarza, na którym zwłoki/szcątki są pochowane
.....
.....
5. Adres cmentarza i dane zarządcy cmentarza, na który zwłoki/szcątki mają zostać przeniesione
.....
.....
6. Przeprowadzający ekshumację:
.....
7. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szcątki (nie dotyczy przewozu urny ze spopielonymi zwłokami)
8. Termin ekshumacji:
9. Uzasadnienie wniosku:
10. Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku
(należy wymienić imię i nazwisko, adres, nr dowodu osobistego, stopień pokrewieństwa w stosunku do w/w zmarłego)

.....
.....
.....
.....
Podpisy osób wymienionych w pkt. 10 (czytelny podpis)

.....
.....
.....
.....

Ja niżej podpisany, jako uprawniony do złożenia wniosku o ekshumację zwłok oświadczam, że we wniosku wymieniono wszystkich pozostałych członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie ekshumacji zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019r., poz. 1473) i nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy. Świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 par. 1 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data przyjęcia wniosku)

.....
(podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy)

Uwaga!

Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Międzyrzeczu lub dostarczony z poświadczeniem wiarygodności podpisu przez właściwy organ administracji państwowej.

Załączniki:

1. Akt zgonu.
2. Zgody zarządców cmentarzy.
3. Oświadczenia osób współdecydujących.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest **Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Międzyrzeczu** (tel. **957412227** adres email: psse.miedzyrzecz@sanepid.gov.pl)
2. Przestrzeganie zasad ochrony danych w **Państwowym Powiatowym Inspektoracie Sanitarnym w Międzyrzeczu** nadzoruje wyznaczony Inspektor Ochrony Danych (kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych - tel. 791 985 060 lub poprzez adres email: iod@netmiedzyrzecz.pl).
3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach administracyjnych.
4. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres *niezbędny określony przepisami prawa*.
5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani / Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do treści danych (zgodnie z art. 15 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - b) prawo do sprostowania danych (zgodnie z art. 16 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - c) prawo do usunięcia danych (zgodnie z art. 17 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (zgodnie z art. 18 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - e) prawo do przenoszenia danych (zgodnie z art. 20 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - f) prawo do wniesienia sprzeciwu (zgodnie z art. 21 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
 - g) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - h) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Panią / Pana dotyczących narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
6. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ujawnionych w niniejszym formularz przez **Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Międzyrzeczu** w celu wykonania w/w czynności.

Podpis osoby składającej oświadczenie

.....