

....., dn.

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....
(Adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie)

.....
(Dowód tożsamości osoby składającej oświadczenie:
numer, seria, miejsce wydania)

O ś w i a d c z e n i e

Stosownie do art. 75 §2 ust. z dnia 14 czerwca 1960 roku – Kodeks Postępowania Administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 256), po zapoznaniu się z odpowiedzialnością za fałszywe zeznania określoną w art. 233 §1 Kodeksu Karnego **w związku z prowadzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Międzyrzeczu postępowaniem administracyjnym w sprawie wydania zezwolenia na przeprowadzenie ekshumacji zwłok**, będąc stroną tego postępowania

o ś w i a d c z a m ż e :

- wyrażam zgodę na ekshumację
pochowanego/ej/ na cmentarzu w celem przeniesienia* na
cmentarz w , pochowania* na tym samym cmentarzu.
- udzielam wnioskodawcy(imię, nazwisko)
Ograniczonego pełnomocnictwa do reprezentowania mnie przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w powyższej sprawie oraz odbioru decyzji.

Nr dowodu tożsamości wnioskodawcy

wydany przez

Podpis osoby składającej
oświadczenie

.....

* - właściwe zakreślić

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 e-mail: psee.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

.....