

.....
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.