**Zał. nr 2**

………..…….………………………

*miejscowość, data*

………………………………………………..…………

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………..………………

*(adres zamieszkania)* **OŚWIADCZENIE**

………………………………………………………… członka rodziny osoby zmarłej o wyrażeniu zgody

*(adres zamieszkania c.d.)* na przeprowadzenie ekshumacji zwłok/szczątków

ludzkich\*

………………………………………………………… (pozostały małżonek, krewni wstępni, krewni   
 *(adres korespondencyjny\*\*)*  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

………..…….………………………

*miejscowość, 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\*:

1. przeprowadzenie badań do celów sanitarno- epidemiologicznych;
2. badanie próbek wody do spożycia;
3. 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.*