....................................................... *(miejsce, data )*

 **Państwowy Powiatowy**

 **Inspektor Sanitarny w Sieradzu ul. ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52 9 98-200 Sieradz**

**WNIOSEK**

**o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok / szczątków**

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

1. **Dane dotyczące osoby zmarłej: ..................................................................................................** *imię imię i nazwisko*
	1. Data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................
	2. Data i miejsce zgonu : ...............................................................................................................
	3. Przyczyna zgonu */nie dotyczy jeżeli od daty zgonu upłynęły 2 lata/*: .........................................................
	4. Adres cmentarza, na którym zwłoki/szczątki są pochowane: ...................................................

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

* 1. Rodzaj grobu: ............................................................................................................................

*(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób*

* 1. Adres cmentarza, na który zwłoki/szczątki mają być przeniesione: ........................................

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

* 1. Rodzaj grobu: ........................................... ................................................................................

*(ziemny, murowany, pojedynczy, dla kilku osób*

w przypadku dochowania do grobu ziemnego data ostatniego pochówku ..............................

* 1. Zakład przeprowadzający ekshumację ..................................................................................... ....................................................................................................................................................
	2. Zakład wykonujący transport zwłok/szczątków:

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

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

* 1. Data ekshumacji: ......................................................................................................................
1. **Dane wnioskodawcy:...................................................................................................................**

*Imię i nazwisko*

* 1. Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy w stosunku do osoby zmarłej:...................................
	2. Adres zamieszkania: .................................................................................................................

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

* 1. Adres do korespondencji: .......................................................................................................... ....................................................................................................................................................

 4. Dowód tożsamości ................................................................................................................................ *seria, seria, numer, wydany przez*

5. Nr telefonu / adres e-mail do kontaktu /niewymagany/: ...........................................................................

7. Uzasadnienie wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację: .............................................................

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

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

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

**Jest mi wiadomo,** że stosownie do art. 15 ust.1 w związku z art. 10 ust. ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U z 2011r. Nr 118, poz. 687 ) prawo do ekshumacji zwłok przysługuje najbliższej rodzinie osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostałemu małżonkowi, 2) krewnym zstępnym, 3) krewnym wstępnym, 4) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowatym w linii prostej do stopnia 1.

**Oświadczam,** że osoby uprawnione do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku nie wyrażają sprzeciwu oraz nie jest mi wiadomo, aby w sprawie dotyczącej tej ekshumacji toczył się jakikolwiek spór sądowy, na dowód czego przedstawiam /do wglądu/ ich zgody na przeprowadzenie ekshumacji. Zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków ekshumacji określonych przepisami prawa.

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

 */data i podpis/*

Do wniosku należy dołączyć załączniki:

1. Akt zgonu zmarłego
2. Akty stanu cywilnego dokumentujące pokrewieństwo wnioskodawcy ze zmarłym.
3. Zgody zarządców cmentarzy.
4. Zgoda/y pozostałych uprawnionych osób na przeprowadzenie ekshumacji /do wglądu/.
5. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

**Wniosek powinien być podpisany w obecności pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sieradzu.**

Właściciel/zarządca cmentarza………………………………………………………………………...

 (nazwa, adres)

wyraża zgodę na ekshumację zwłok/szczątków\*…................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

 (imię nazwisko, data pochówku, miejsce pochówku)

………………………………………………………………………………………………………… w celu ponownego pochowania na cmentarzu w……………………………………………………...

………………………………………………………………

(data, pieczęć i podpis)

Właściciel/zarządca cmentarza………………………………………………………………………...

 (nazwa, adres) wyraża zgodę na pochowanie ekshumowanych z cmentarza ……………………………………….. w……………………………………………………………………………………………………….

 zwłok/szczątków\*:

…………………………………………………………………………………………………………

 (imię nazwisko, miejsce pochówku)

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

(data, pieczęć i podpis)

# Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. ***numer telefonu\* i adres e-mail\**** przez

Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Sieradzu z siedzibą w ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 52, 98-200 Sieradz wyłącznie w celu łatwiejszej komunikacji i usprawnienia realizacji czynności wykonywanych przez pracowników PSSE w Sieradzu z petentem w zakresie wydania zezwolenia na ekshumację. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne
z prawdą. Zapoznałam(-em) się z treścią ***klauzuli informacyjnej\*\*,*** w tym między innymi o celu
i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania oraz możliwości wycofania niniejszej zgody. Cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem jej przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.

\* ***niepotrzebne skreślić***

***\*\*Załącznik***: Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w PSSE w Sieradzu.

 Data ……………..…….. Czytelny podpis ……………………………..

**Ogólna klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Sieradzu**

Zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych zwanym RODO) Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu informuje, że:

 1. Administratorem Pana/Pani/Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sieradzu mający swoją siedzibę w Sieradzu przy ul. POW 52, 98-200 Sieradz.

2. W sprawach dotyczących ochrony danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (IODO) za pośrednictwem adresu poczty elektronicznej: iod.psse.sieradz@sanepid.gov.pl, od nr tel. 43/8223685 lub bezpośrednio w siedzibie Administratora Danych Osobowych (ADO).

3. Pana/Pani/Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu wykonywania ustawowych zadań i obowiązków oraz na podstawie Pani/Pana zgody.

4. Podanie przez Pana/Panią/Państwa danych osobowych może być bezwzględnie wymagane dla realizacji przepisów prawa ciążących na Administratorze Danych Osobowych (w tych przypadkach zgoda nie jest wymagana), o czym zostanie Pan/Pani/Państwo każdorazowo poinformowany/a.

5. Zakres podawanych danych osobowych został określony w przepisach prawa i jest obligatoryjny zobowiązującym dla każdej ze stron.

6. Pana/Pani/Państwa dane nie będą profilowane oraz udostępniane podmiotom innym, niż podmioty uprawnione na podstawie właściwych przepisów prawa.

7. Osoby w wieku: a) powyżej 16 roku życia - zgodę na przetwarzanie danych osobowych mogą wyrazić w imieniu własnym, b) poniżej 16 roku życia - wymagana jest zgoda rodziców lub prawnych opiekuna/ów.

8. Pana/Pani/Państwa dane będą przechowywane przez Państwową Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Sieradzu w siedzibie stacji, tj. w Sieradzu ul. POW 52.

9. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań z nimi związanych oraz zgodnie z przepisami regulującymi przechowywanie i archiwizowanie dokumentów, tj. Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r., Nr 14, poz. 67).

10. Posiada Pan/Pani/Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie.

11. W przypadku stwierdzenia, iż wniosek o dostęp do informacji osobowych jest bezpodstawny/nieuzasadniony lub nie zawiera niezbędnych danych umożliwiających jednoznaczne określenie tożsamości wnioskodawcy Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny ma możliwość wystąpienia o; a) niezwłoczne uzupełnienie brakujących danych, b) sprzeciwienia się żądaniu udostępnienia merytorycznych danych.

12. W przypadku uznania przez Pana/Panią/Państwa, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Panią/Państwa narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. Pan/Pani/Państwo posiada prawo wniesienia skargi do PREZESA URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH (PUODO).

Data ……………..…….. Czytelny podpis ……………………………..