

.....dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....

.....  
(nr dowodu osobistego)

.....

.....  
(nr telefonu)

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok.....  
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

mojego(ej).....  
(stopień pokrewieństwa)

z cmentarza.....  
(nazwa i adres cmentarza)

na cmentarz.....  
(nazwa i adres cmentarza)

Na wniosek Pana(i).....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Działdowie.

Niniejszym upoważniam wnioskodawcę do reprezentowania mnie w postępowaniu w przedmiotowej sprawie przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Działdowie.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**Informuję że znana jest mi treść wniosku o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków ludzkich.**

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie  
(czytelny)

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczątków złożonym na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ( t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 576).

Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....  
(podpis)

**Informacyjna o ochronie danych osobowych** dostępna jest w siedzibie PSSE w Działdowie oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie: [www.gov.pl/web/psse-dzialdowo](http://www.gov.pl/web/psse-dzialdowo)