Załącznik nr 1

…………………………., dnia………………

…………………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………….

Adres , tel.

 **Do**

  **Państwowego Powiatowego**

 **Inspektora Sanitarnego w Olecku**

**WNIOSEK**

o wydanie zgody na ekshumację zwłok / szczątków / prochów ludzkich \*

**I. Wnioskodawca:**

1. Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………………............

2. Numer, miejsce, data wydania dowodu osobistego: …………………………………………………………….…...…………………………………….…………

3. PESEL wnioskodawcy:……………………………………………………………………………………

4. Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej ………………………………………..………

**Oświadczam, że niżej wymienieni najbliżsi żyjący członkowie rodziny zmarłego nie wnoszą sprzeciwu do przeprowadzenia ekshumacji:**

wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłego, adres zamieszkania)

1. …...................................................................................................................................................................

2. …...................................................................................................................................................................

3. …...................................................................................................................................................................

4. …...................................................................................................................................................................

5. …...................................................................................................................................................................

**Stosownie do art. 15 w zw. z art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ekshumacja może być dokonana na wniosek: pozostałego małżonka(ki), krewnych zstępnych, krewnych wstępnych, krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linii prostej do 1 stopnia.**

**II. Informacje dotyczące osoby zmarłej i ekshumacji.**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………………………………….………..…............
2. Data i miejsce urodzenia:………………………………………………………………….……………
3. Data i miejsce zgonu:……………………………………………………….…….…………………….
4. Przyczyna zgonu: choroba niezakaźna / choroba zakaźna (jaka)\*……………………………......
5. Miejsce aktualnego pochówku ……………………………………………………….………….…….

Zarządca cmentarza …................................................................................................................

1. Kremacja zwłok/ szczątków: tak/nie \*

Miejsce kremacji…………………………………………………………………………………………

1. Miejsce przyszłego pochówku ……………………………………….………………………………..

Zarządca cmentarza …...............................................................................................................

1. Firma przeprowadzająca ekshumacje ………………………………….………………..….............

………………………………………………………………………………….…………..…..…………

1. Termin ekshumacji ………………………………………………………….…………………………..
2. Uzasadnienie wniosku ………………………………….................................................................

……………………………………………………………………………………….……………………

1. **Potwierdzenie terminu ekshumacji przez firmę wskazaną przez składającego wniosek:**

data ekshumacji….......................................................................................................................

pieczęć firmy dokonującej ekshumacji…....................................................................................

 czytelny podpis pracownika firmy…............................................................................................

**Warunki przy ekshumacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ekshumacja zwłok lub szczątków powinna odbywać się we wczesnych godzinach rannych w okresie od 16 października do 15 kwietnia. |
| 2. | Przy ekshumacji mogą być tylko osoby bezpośrednio zainteresowane lub reprezentujące wnioskodawcę. |
| 3**.** | Inne zalecenia:1. zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji
	* powinny być wydobywane wraz z trumną i umieszczone na czas przewozu w skrzyni obitej blachą
	* w miejscu ponownego pochówku trumnę należy wydobyć ze skrzyni i pochować bez otwierania
2. szczątki ekshumowane po okresie mineralizacji należy:
	* wydobyć wraz z resztkami trumny i umieścić w szczelnej, drewnianej trumnie wypełnionej warstwą
	* substancji płynochłonnej o grubości 5 cm.
	* trumnę na czas przewozu umieścić w szczelnym worku z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego,
	* odpornego na uszkodzenia mechaniczne (worek po usunięciu spala się)
3. przewożenie zwłok dopuszczalne jest tylko w specjalnie przeznaczonym do tego środku

przewozowym przez wyspecjalizowane przedmioty. |
| 4. | Zwłoki przewożone na obszarze państwa na odległość większą niż 60 km składa się w trumnie w obecności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego który dokonuje jej opieczętowania. |

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe a niniejsze oświadczenie składam po pouczeniu
o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego terenowo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.**

……………………………………………………..

 Data i podpis

**\*niepotrzebne skreślić**

**Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych**
/dotyczy przetwarzania danych osobowych w ramach ekshumacji/

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U. UE.L. 2016. 119.1 (dalej RODO), uprzejmie informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Olecku reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olecku, ul. Wojska Polskiego 13, 19–400 Olecko; adres e-mail: psse.olecko@sanepid.gov.pl; nr tel. 87 5203055, NIP: 8471407432, REGON: 000643933.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD). Kontakt z IOD możliwy jest pod adresem e-mail: iod.psse.olecko@sanepid.gov.pl; tel. 87 520 30 55.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku
z realizowaniem zadań nałożonych na Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olecku zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy
z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.).
4. W związku z przetwarzaniem danych w zakresie realizacji celów wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane,
w uzasadnionych przypadkach – na podstawie obowiązujących przepisów prawa, uprawnionym instytucjom. Odbiorcami danych mogą być: podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające). tj. podmiotom świadczącym usługi pocztowe, kurierskie, usługi informatyczne.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do zakończenia postępowania i upłynięciu właściwego dla tego typu postępowania czasu przypisanego kategorią archiwalną, określoną w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych
6. rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych
(Dz. U. z 2011 r., nr 14, poz. 67 z późn. zm.).
7. W przypadku, gdy przepisy szczególne nie stanowią inaczej, przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora danych osobowych dostępu do treści danych osobowych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Przetwarzanie państwa danych może zostać ograniczone, pod warunkiem zaistnienia przesłanek przewidzianych w RODO, z wyjątkiem ważnych względów interesu publicznego RP lub Unii Europejskiej.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olecku.
Przy czym podanie danych jest:
* obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
* dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwość realizacji czynności urzędowych lub niemożliwość zawarcia umowy.
1. Administrator nie będzie stosował wobec Pani/Pana zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
2. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom do państw spoza Unii Europejskiej.
3. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie,
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

…………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis