

**Załącznik - do wniosku o wydanie zgody
na ekshumację zwłok/szczątków**

.....
miejsowość, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

.....
Telefon

OŚWIADCZENIE

Ja (imię i nazwisko)
legitymujący(a) się dowodem osobistym.....

(seria i nr dowodu osobistego)

oświadczam, że jako osoba uprawniona do pochówku zmarłej/go:

(imię i nazwisko zmarłej/go, stopień pokrewieństwa w stosunku do zmarłej/go)

.....
wyrażam zgodę na przeprowadzenie ekshumacji ww. zmarłej/go przez:

(imię, nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania)

.....
(czytelny podpis oświadczającego złożony własnoręcznie)

Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Czarnkowie będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Czarnkowie, z siedzibą przy ul. Zamkowej 8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Przetwarzanie danych nastąpi w zakresie i celu niezbędnym do realizacji ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dane te nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów uprawnionych do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów. Szczegółowa Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej pod adresem: <https://www.gov.pl/web/psse-czarnkow> w zakładce Polityka prywatności/Klauzula Informacyjna.