Załącznik do wniosku o zezwolenie na ekshumację

………........................., dnia ……………….

Imię, nazwisko …………………….......................................................................................

Nazwisko rodowe, imiona rodziców………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:.....................................................................................................

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

PESEL...........................................................................................................................

Numer dowodu osobistego…………………………………………………………………………………….

Numer telefonu………………………………………………………………………………………………………

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Stargardzie**

**ul. Czarnieckiego 34**

**73-110 Stargard**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jako ...................................................................................... jestem osobą uprawnioną,

(stopień pokrewieństwa/powinowactwa w stosunku do osoby zmarłej)

do współdecydowania o ekshumacji zwłok/szczątków zmarłego/ej:

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

(imię i nazwisko zmarłego/e)j

pochowanego/ej na cmentarzu ...........................................................................................................................

(miejscowość, ulica)

i wyrażam zgodę na jej przeprowadzenie celem ponownego pochowania na cmentarzu

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

(miejscowość, ulica)

**Jednocześnie oświadczam, że nie jest mi wiadomo, aby w sprawie tej toczył się jakikolwiek spór sądowy. Oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 kodeksu karnego).**

**Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 przez PSSE w Stargardzie**

**Administratorem** **Pani/Pana danych osobowych jest** Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Stargardzie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Stargardzie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Stargardzie

**Kontakt z Administratorem** możliwy jest listownie bądź bezpośrednio w siedzibie jednostki: PSSE w Stargardzie, ul. Hetmana Stefana Czarnieckiego 34 , 73-110 Stargard, (nr tel.: 91 578 28 85), adres e-mail: [psse.stargard@sanepid.gov.pl](mailto:psse.stargard@sanepid.gov.pl),

**Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych** (IOD) z którym można się skontaktować w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych poprzez e-mail: [*iod.psse.stargard@sanepid.gov.pl*](mailto:iodgrzegorzgrenda@gmail.com)**Celem przetwarzania danych osobowych jest:** realizacja zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2024r., poz. 416) oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 576). Przetwarzanie danych odbywa się w zgodzie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO

**Ma Pani/Pan prawo** dostępu do swoich danych osobowych, uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu, żądania sprostowania danych w zakresie danych nie prawidłowych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO.

**Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdują się** na stronie <https://www.gov.pl/web/psse-stargard/> zakładka „Klauzula informacyjna” oraz w siedzibie PSSE w Stargardzie, ul. Hetmana Stefana Czarnieckiego 34 , 73-110 Stargard.

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

data i czytelny podpis oświadczającego

………………………………………………………………………….

data i czytelny podpis pracownika PIS

(potwierdzenie podpisu oświadczającego)