**………………………**

Miejscowość i data

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny w Kole**

**WNIOSEK**

**o wydanie zgody na wywóz zwłok/szczątków ludzkich**

**z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

**Dane dotyczące zmarłego**

1. Imię (imiona) i nazwisko:………………………..………………………………………….……….
2. Nazwisko rodowe:………………………..……………………………………………………..…...
3. Data i miejsce urodzenia:……………………………...………………………….……………....…
4. Ostatnie miejsce zamieszkania:……………………….…………..……………………………..…..
5. Data i miejsce zgonu:……………………………………………….……………………………..…
6. Nr aktu zgonu:………………………………………………………………………………...…..…
7. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki ludzkie zostaną przewiezione *(kraj, miejscowość, nazwa i adres):*

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

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

1. Miejsce przyszłego pochówku zwłok/szczątków ludzkich *(kraj, miejscowość, nazwa i adres):* ………

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

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

1. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie *(marka, nr rej. samochodu):*

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

należącego do *(nazwa i adres zakładu pogrzebowego):*…...……………………………………….....

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

**Dane wnioskodawcy:**

1. Imię (imiona) i nazwisko:…….……………………………………………………………..……...
2. Adres zamieszkania:……………………………………...……………….…………………..……
3. Numer telefonu\*:………………………………………………………………………………...…..
4. Numer i seria dowodu osobistego:……………………………………………………………...…..

wydanego przez…………………………………………………….………………………….….…

1. Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą :…………………………………………………………….

Strona 1 z 3

**Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)**

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

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

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

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

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

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

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

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

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu wywozu zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej *(imię i nazwisko osoby zmarłej)*…………………………………

Do wniosku o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok albo szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej należy dołączyć:

* Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon *(oryginał lub potwierdzoną notarialnie lub urzędowo za zgodność z oryginałem kserokopię).*
* Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu choroby

 zakaźnej (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu).

* Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane.
* Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki albo szczątki mają być przewożone.

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

 ……………………………………….

 *(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

……………………………. ………………………………………………………...

 *(data przyjęcia wniosku) (podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy*

 (podpis wnioskodawcy)

Strona 2 z 3

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole z siedzibą w: 62-600 Koło, ul. Toruńska 72,
NIP 665 11 73 999; REGON: 000309275
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 63 27 22 27; e-mail: iod.psse.kolo@sanepid.gov.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości
i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób,
w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Mają Państwo prawo do: dostępu do danych osobowych dotyczących osoby,
której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania; cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się na stronach internetowych: <http://www.gov.pl/web/psse-kolo/klauzula-informacyjna> oraz w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło

\* Na podstawie art. 6 ust 1 lit a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu kontaktowego przez administratora danych osobowych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło
reprezentowaną przez Dyrektora Stacji w związku z prowadzonym postepowaniem administracyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora Ochrony Danych lub wysłanie wiadomości e-mail na adres: iod.psse.kolo@sanepid.gov.pl

 ……………………………………………………………

 (data i podpis)

Strona 3 z 3