………………………………......

(miejscowość, data)

………………………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

………………………………………………

(adres)

………………………………………………

(NIP)

………………………………………………

(telefon)

………………………………………………

(imię i nazwisko osoby upoważnionej/pełnomocnika\*)

………………………………………………

(telefon)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Bartoszycach**

ul. Bohaterów Warszawy 12, 11 - 200 Bartoszyce

tel. 089762 21 50, 089 762 32 57

email: [psse.bartoszyce@sanepid.olsztyn.pl](mailto:psse.bartoszyce@sanepid.olsztyn.pl)

**Wniosek**

o dokonanie oględzin w związku ze **zmianą sposobu użytkowania pomieszczeń**

Zwracam się z prośbą o dokonanie oględzin pomieszczeń przeznaczonych na...........................................................................................................................................................

zlokalizowanych w................................................................................................................................... realizowanych zgodnie z ….......................................................................................................................

Osoba, z którą można się kontaktować w sprawie oględzin ....................................................................

(imię i nazwisko, tel.)

……………………….............

(podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego realizację inwestycji zgodnie z ustawą z 7 lipca 1994r. Prawo budowlane

2. Kserokopia dokumentacji projektowej zaopiniowanej pod względem wymogów sanitarno – higienicznych.

3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego sprawność wentylacji pomieszczeń.

4. Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej bądź wpisu do KRS-u

5. Wynik badania mikrobiologicznego wody (w przypadku oględzin placówek gastronomicznych i spożywczych).

6. \*\*Upoważnienie dla osoby reprezentującej inwestora przed tut. organem lub pełnomocnictwo wraz z dowodem uiszczenia opłaty skarbowej

\* - właściwe zakreślić

\*\* - dokument wymagany w przypadku ustanowienia osoby upoważnionej/pełnomocnika

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Działając na podstawie 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 z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L11, s. 1) – zwany dalej RODO - informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bartoszycach reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bartoszycach /Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej z siedzibą w Bartoszycach przy ul. Boh. Warszawy 12.
2. Kontakt Inspektor Ochrony Danych e-mail: [iod.sanepid@gmail.com](mailto:iod.sanepid@gmail.com)

Tel. +48 795 594 856

1. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
2. ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości   
   i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych, zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej  
   /Dz. U. z 2019 , poz. 59./;
3. w celu wykonania zadań wynikających z ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej  
   /Dz. U. z 2019 , poz. 59./ ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania, które realizujemy w interesie publicznym, w ramach powierzonej nam władzy publicznej;
4. w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów;
5. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu
6. Podstawa Prawna przetwarzania Państwa danych wynika z wykonywania działalności leczniczej, na podstawie art. 9ust. 2. lit h) RODO, w związku z art. 3 ust 2 ustawy   
   o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy   
   o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu,  
   w jakim zostały zebrane, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia  
   18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii oraz prawo  
   ich sprostowania (poprawiania).
9. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem  
    jest obligatoryjne.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem się z informacją

………………………………………..

*podpis*