

.....dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr dowodu osobistego)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na ekshumację zwłok.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

mojego(ej).....
(stopień pokrewieństwa)

z cmentarza.....
(nazwa i adres cmentarza)

na cmentarz.....
(nazwa i adres cmentarza)

Na wniosek Pana (i).....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

skierowany do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczytnie.

Zgadzam się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji w postępowaniu o ekshumację, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno- Epidemiologiczną w Szczytnie z siedzibą przy ul. M.C. Skłodowskiej 8, 12-100 Szczytno. Informujemy, iż zlecającemu przysługuje prawo wglądu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia bądź wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do których zostały zebrane. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Instrukcji Archiwalnej wprowadzonej zarządzeniem nr 23/2022 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Szczytnie z dnia 28 grudnia 2022 r. sprawie stosowania instrukcji kancelaryjnej, rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego dla Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczytnie. Pan/Pani ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych możliwy jest za pośrednictwem adresu email: psse.szczytno@sanepid.gov.pl

Podpis osoby składającej oświadczenie

Poświadczenie podpisu