ZAŁACZNIK NR 1

Jarosław, dnia ………………………….

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POKREWIEŃSTWA Z OSOBĄ EKSHUMOWANĄ

Ja niżej podpisany(a) …………………..………………………………….………………………..……

*(imię i nazwisko)*

zam.……………………………………………………………………………………….........................

w związku ze złożonym/składanym\* przeze mnie wnioskiem o ekshumację

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

*(imię i nazwisko)*

w pełni świadomie pouczony(a) o treści art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że osoba, która ma być ekshumowana:

• posiada/nie posiada rodzeństwa\* (rodzeństwo osoby ekshumowane - imię, nazwisko, adres)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• posiada/nie posiada dzieci\* (dzieci rodzeństwa osoby ekshumowanej - imię, nazwisko, adres)

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

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

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

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

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

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

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

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

• osoba ekshumowana był(a) małżonkiem/był kawalerem/ była panną/był(a)rozwiedziony\*

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

…………………………………………………………………………………………………………… *(imię, nazwisko i adres małżonka)*

• osoba ekshumowana posiada/nie posiada dzieci\*

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

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

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

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

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

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

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

*(imię, nazwisko i adres dzieci osoby ekshumowanej)*

………………………………………………

*Imię i nazwisko wnioskodawcy*

\* właściwe zaznaczyć

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Realizacja obowiązku o którym mowa w art. 13 ust. 1 i 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), zwanego dalej „RODO”: Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny z siedzibą w Jarosławiu, ul. Grunwaldzka 7, 37-500 Jarosław. Dane osobowe przetwarzane są w celach: a)  realizacji bieżącego lub zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (podstawa art. 6 ust. 1 lit. c, e; art 9 ust.2 lit. b , g, h, i, j RODO),b) archiwalnych, naukowych, dowodowych, statystycznych, Osobom, których dane są przetwarzane przysługują:  prawo dostępu do swoich danych, prawo otrzymania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu,  prawo  do sprostowania (poprawiania) swoich danych,  prawo do usunięcia danych,  prawo do ograniczenia przetwarzania,  prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wskazany w przepisach o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Dane osobowe mogą zostać przekazywane następującym odbiorcom: operatorom pocztowym i kurierom. Dane mogą być przekazywane również instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podwykonawcom (podmiotom przetwarzającym) np. firmom  informatycznym wykonującym usługi na rzecz Administratora. Podanie danych osobowych jest wymagane obligatoryjnie przez Administratora, w celu realizacji bieżącego lub zapobiegawczego nadzoru sanitarnego na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W sprawie ochrony swoich danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez e-mail: iod.psse.jaroslaw@sanepid.gov.pl