

.....dnia

.....
(imię i nazwisko)

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

.....
(nr dowodu osobistego)

.....
(nr telefonu)

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 Działdowie.
Niniejszym upoważniam wnioskodawcę do reprezentowania mnie w postępowaniu
w przedmiotowej sprawie przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym
w Działdowie.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Informuję, że znana jest mi treść wniosku o wydanie zgody na ekshumację
zwłok / szczątków ludzkich.**

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie
(czytelny)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o wydanie zezwolenia na ekshumację zwłok/ szczątków złożonym na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1947).

Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....

(podpis)

Informacyjna o ochronie danych osobowych dostępna jest w siedzibie PSSE w Działdowie oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Działdowie: www.gov.pl/web/psse-dzialdowo