Bolesławiec, dnia ........................................

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**w Bolesławcu**

**W N I O S E K**

o wydanie zezwolenia na przewóz zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej poza granice Rzeczypospolitej Polskiej

1. **Imię i nazwisko osoby uprawnionej do pochowania zwłok albo szczątków:**

....................................................................................................................................................................

adres zamieszkania: ....................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**Dane wnioskodawcy (podmiot, osoba):**

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

*W przypadku, gdy wnioskodawcą jest zakład pogrzebowy, do wniosku należy załączyć upoważnienie osoby uprawnionej*.

1. **Dane osoby zmarłej:**

nazwisko: ...................................................................................................................................................

imię lub imiona: ..........................................................................................................................................

nazwisko rodowe: .......................................................................................................................................

data i miejsce urodzenia: .............................................................................................................................

ostatnie miejsce zamieszkania: ..................................................................................................................

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

1. **Data i miejsce zgonu:** ..........................................................................................................................
2. **Miejsce, z którego zostaną przewiezione zwłoki lub szczątki:** ........................................................

....................................................................................................................................................................

1. **Miejsce pochówku:** ...............................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

1. **Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki albo szczątki**

....................................................................................................................................................................

1. **Data przewozu/ wywozu zwłok lub szczątków:** ................................................................................

...............................................................................

data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

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

data i czytelny podpis ( pieczątka podmiotu) wnioskodawcy

**Załączniki**

1. Akt zgonu lub dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej, takiej jak: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.
2. Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki lub szczątki ludzkie mają być pochowane.
3. Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki lub szczątki ludzkie mają być przewożone.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1,2 i art.14  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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str.1 oraz Dz. Urz. UE  L 127 z 23.05.2018 r., str.2)  - nazywanego dalej RODO - informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bolesławcu z siedzibą pod adresem:  59-700 Bolesławiec, ul. Górników 8.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym kontakt jest możliwy pod numerem telefonu: 75 732 32-46 lub pod adresem: psse.boleslawiec@sanepid.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia publicznego wynikających z przepisu prawa, a w szczególności ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz w celu wykonania zlecenia w zakresie poboru prób do badań laboratoryjnych.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być jedynie podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. Nie będziemy profilować Pani/Pana danych osobowych oraz nie będziemy podejmować wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji w oparciu o przetwarzanie danych osobowych.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, 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.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania (poprawiania), jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu   wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej.
8. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
9. W sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, to osoba ta - ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę.