

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Kole**

WNIOSEK

**o wydanie zgody na wywóz zwłok/szczątków ludzkich
z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Dane dotyczące zmarłego

1. Imię (imiona) i nazwisko:.....
2. Nazwisko rodowe:.....
3. Data i miejsce urodzenia:.....
4. Ostatnie miejsce zamieszkania:.....
5. Data i miejsce zgonu:.....
6. Nr aktu zgonu:.....
7. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki ludzkie zostaną przewiezione (*kraj, miejscowość, nazwa i adres*):
.....
.....
8. Miejsce przyszłego pochówku zwłok/szczątków ludzkich (*kraj, miejscowość, nazwa i adres*):
.....
.....
9. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie (*marka, nr rej. samochodu*):
.....
.....
należącego do (*nazwa i adres zakładu pogrzebowego*):.....
.....

Dane wnioskodawcy:

1. Imię (imiona) i nazwisko:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Numer telefonu*:.....
4. Numer i seria dowodu osobistego:.....
wydanego przez.....
5. Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą :.....

Wykaz członków rodziny uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wniosku (imię, nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

a)

.....

b)

.....

c)

.....

d)

.....

Wszystkie powyższe osoby nie sprzeciwiają się dokonaniu wywozu zwłok/szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (*imię i nazwisko osoby zmarłej*).....

Do wniosku o wydanie pozwolenia na wywóz zwłok albo szczątków ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej należy dołączyć:

- Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon (*oryginał lub potwierdzoną notarialnie lub urzędowo za zgodność z oryginałem kserokopię*).
- Dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczynę zgonu choroby zakaźnej (w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu).
- Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki albo szczątki ludzkie mają być pochowane.
- Wymagane dokumenty właściwej władzy państwa, przez którego terytorium zwłoki albo szczątki mają być przewożone.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, a oświadczenie niniejsze składam po pouczeniu o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego). Jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać wymogów i warunków określonych przez właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data przyjęcia wniosku)

.....
(podpis pracownika potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy)

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kole, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole z siedzibą w: 62-600 Koło, ul. Toruńska 72, NIP 665 11 73 999; REGON: 000309275
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel: 63 27 22 27; e-mail: iod@psse-kolo.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Mają Państwo prawo do: dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania; cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się na stronach internetowych: <http://psse-kolo.pl/rodo> i <http://bip.psse-kolo.pl/index.php?id=195> oraz w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło

* Na podstawie art. 6 ust 1 lit a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu kontaktowego przez administratora danych osobowych Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Kole ul. Toruńska 72, 62-600 Koło reprezentowaną przez Dyrektora Stacji w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora Ochrony Danych lub wysłanie wiadomości e-mail na adres: iod@psse-kolo.pl.

.....
(data i podpis)