**Dane wnioskodawcy** /podaj imię lub **imiona** i nazwisko/: ...............................................................................................

**Zamieszkały/-a** /podaj dokładny adres i kod do miejscowości/: ............................................................................................

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

**Rodzaj dokumentu tożsamości, seria i numer:** ...............................................................................................

**Telefon kontaktowy:** ................................................... **Adres e-mail:** ...............................................................

**Stopień pokrewieństwa/powinowactwa z osobą zmarłą:** ...............................................................................

**Starosta Opatowski**

**w Opatowie**

**W N I O S E K**

**o wydanie zezwolenia na sprowadzenie zwłok lub szczątków ludzkich z obcego państwa, które będą pochowane na terenie powiatu opatowskiego**

Zwracam się z prośbą **o wydanie zezwolenia na sprowadzenie do Polski**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zwłok | szczątków ludzkich (urny z prochami) | | | | | | | |
| z ……………………………………………. | | | | /podaj miejscowość/ | | ………………………………….…. | | /kraj/ |
| imię/imiona i nazwisko osoby zmarłej: | | | | …………………………………………………………………………….… | | | | |
| nazwisko rodowe osoby zmarłej: | | | | …………………………………………………………………………….… | | | | |
| data i miejsce urodzenia osoby zmarłej: | | | | …………………………………………………………………………….… | | | | |
| Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej: | | | | | …………….………………………………………………………… | | | |
| ……………………………………………………………….…………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| Data i miejsce zgonu: | | | …………………………….……………………………………………………………………… | | | | | |
| Przyczyna zgonu: | | | ……………………………………………………….…………………………………………… | | | | | |
| Miejsce pochówku: | | Cmentarz Parafialny w ……………………………………………… | | | | | /wpisz miejscowość/ | |
|  | | ……………………………………………………………………….... | | | | | /nazwa cmentarza, adres/ | |
| Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/ szczątki ludzkie: | | | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………….………. | | | | | | | | |
| Proszę o przesłanie pozwolenia do: | | | | Ambasada RP w ....…………………………………………………… | | | | |
|  | | | | Konsulat RP w ....………………………………………………...…… | | | | |
| Osoba lub firma odpowiedzialna za sprowadzenie zwłok/ szczątków ludzkich: | | | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………….………………. | | | | | | | | |
| Pogrzeb organizuje i koszty opłaca: | | | | ……………………………………………………………………….……… | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Opatów, dnia …………………………………. | | | | **Podpis wnioskodawcy:** …………………………………………..……. | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| W załączeniu: | | | |  | | | | |
| akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon, przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego lub w tłumaczeniu potwierdzonym przez Konsula RP | | | | | | | | |
| w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu lub innym dokumencie urzędowym stwierdzającym zgon, do wniosku dołącza się dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych | | | | | | | | |
| pełnomocnictwo do występowania w imieniu osoby uprawnionej, w przypadku, gdy wnioskodawcą jest zakład pogrzebowy lub inna osoba nieuprawniona oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej w wysokości 17 zł | | | | | | | | |
| inne, jakie ……………………………………………………………. | | | | | | | | |

**Dane wnioskodawcy** /podaj imię lub **imiona** i nazwisko/: ...............................................................................................

**Zamieszkały/-a** /podaj dokładny adres i kod do miejscowości/: ............................................................................................

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

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych): | |
| wyrażam zgodę | |
|  | |
| na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostę Opatowskiego w zakresie: telefon kontaktowy oraz adres e-mail, w celu przekazywania przez Urząd istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.  Zostałem poinformowany, że moja zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie. | |
| Opatów, dnia ……………………………. | **Podpis wnioskodawcy:** ……………………………..……. |

**Dane wnioskodawcy** /podaj imię lub **imiona** i nazwisko/: ...............................................................................................

**Zamieszkały/-a** /podaj dokładny adres i kod do miejscowości/: ............................................................................................

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

**Oświadczenie osoby o uprawnieniu do pochowania zwłok albo szczątków ludzkich**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niniejszym oświadczam, że** zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947), **jestem osobą upoważnioną do pochowania zwłok / szczątków zmarłego/ej** | | |
| imię/imiona i nazwisko: | ………………………………………………………………………………………………… | |
| Stopień pokrewieństwa/powinowactwa w stosunku do osoby zmarłej:  .................................................................................... | | |
| Opatów, dnia ……………………………. | | **Podpis wnioskodawcy:** …………………………………………..……. |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 oraz z 2018 r. Nr 127, str. 2) - tzw. RODO, wskazuje się, że:

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych** | **Administratorem Państwa danych osobowych** jest Starosta Opatowski, z którym można się skontaktować korespondencyjnie na adres: ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, email:  powiat@opatow.pl lub **Skrytka ePUAP:** /itob629a04/SkrytkaESP lub telefonicznie  tel. (15) 86 82 971 |
| **Inspektor danych osobowych** | Administrator powołał **Inspektora Ochrony Danych** Pana Roberta Bednarczyka, z którym można się kontaktować wysyłając e-mail na adres: rbednarczykrodo@interia.pl |
| **Cel przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania** | **Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie** art. 6 ust.1 lit. c RODO w celu zezwolenia na sprowadzenie zwłok/ szczątków z zagranicy w związku z realizacją przepisów:   * art. 10 i art. 14 ust. 4 pkt 1 i ust. 5 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, * § 2, § 3, § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich, * § 8 ust. 1-5, § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, * art. 63 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,   a także art. 6 ust. 1 lit a RODO na podstawie zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, w tym przypadku dotyczy: nr telefonu i adresu e-mail. |
| **Okres, przez który dane będą przechowywane** | Dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przechowywane przez czas wskazany w przepisach prawa (tj. § 63 ust. 1 załącznika do rozporządzenia 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), a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa (okres wskazany ww. rozporządzeniu). |
| **Odbiorcy danych** | Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:  1) podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa, strony postępowań administracyjnych prowadzonych na podstawie przepisów szczególnych, ich pełnomocnicy, podmioty działające na prawach strony w postępowaniach administracyjnych i ich pełnomocnicy, a także uczestnicy postępowań (np. biegli, świadkowie);  2) podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające). |
| **Prawa osoby, której dane dotyczą** | Osobie, której dane dotyczą przysługuje:   * prawo dostępu do swoich danych osobowych, * prawo żądania ich sprostowania.   Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych. |
| **Informacje dodatkowe** | Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania |
| Podanie danych osobowych wynika z przepisu prawa, z wyjątkiem adresu e-mail i nr tel., gdzie podanie danych jest dobrowolne i wynika z udzielonej zgody. |
| Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. |

Korzystanie z uprawnień wynikających z RODO nie dotyczy prowadzonego postępowania administracyjnego, w oparciu o przepisy przewidziane przez Kodeks postępowania administracyjnego. Dostęp do akt postępowania czy sprostowania dokumentów znajdujących się w aktach postępowania realizowany jest w oparciu o zasady Kodeksu postępowania administracyjnego.

**Ważna informacja: zmiana trybu pracy Starostwa Powiatowego w Opatowie -** Funkcjonowanie od 25 kwietnia 2020 r. jest ograniczone przez zaprzestanie bezpośredniej obsługi interesantów na rzecz zdalnej.

Informuje się, że w dalszym ciągu nie ma możliwości samodzielnego poruszania się po urzędzie, w tym celu większość spraw realizowana będzie na parterze budynku. Wszystkich klientów obowiązywać będzie wysoki reżim sanitarny. Będą oni zobowiązani do posiadania i noszenia maseczek, a także dezynfekcji rąk środkiem znajdującym się przy wejściu. Powyższe informacje są aktualizowane na bieżąco i dostępne na stronie internetowej Urzędu, a także wywieszone w siedzibie Urzędu.

**Dane wnioskodawcy** /podaj imię lub **imiona** i nazwisko/: ...............................................................................................

**Zamieszkały/-a** /podaj dokładny adres i kod do miejscowości/: ............................................................................................

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

**Rodzaj dokumentu tożsamości, seria i numer:** ...............................................................................................

**PEŁNOMOCNICTWO**

**do załatwienia wszelkich formalności związanych ze sprowadzeniem zwłok/szczątków ludzkich**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochowania zmarłego zwłok/ szczątków | | | | |
| mojego ………………………………………………….............................. | | | | /stopień pokrewieństwa/powinowactwa z osobą zmarłą/ |
| …………………………………………………………………………… | | | | /imię i nazwisko osoby zmarłej/ |
| Upoważniam Panią/ Pana | | ……………………………………………………………………………………………….. | | |
| zamieszkałą/łego | …………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| PESEL | …………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| do załatwienia wszelkich formalności związanych ze sprowadzeniem zwłok/ szczątków ludzkich z zagranicy do Polski. | | | | |
| Osoba lub firma odpowiedzialna za sprowadzenie zwłok/ szczątków ludzkich: | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………….………………. | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………….………………. | | | | |
|  | | | | |
| Opatów, dnia ……………………………. | | | **Podpis wnioskodawcy:** …………………………………………..……. | |