|  |  |
| --- | --- |
| **OSS-1A** | **WNIOSEK O SPROWADZENIE ZWŁOK / SZCZĄTKÓW LUDZKICH / SZCZĄTKÓW POWSTAŁYCH ZE SPOPIELENIA ZWŁOK \*** |

 Nowy Dwór Gdański, dnia …………………………

 **WYPEŁNIĆ CZYTELNIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY** |
|  Imię lub imiona oraz nazwisko wnioskodawcy |
| Numer i seria dokumentu tożsamości |
| Adres zamieszkania: |
|  Miejscowość |  Kod pocztowy |
|  Ulica /Gmina |  Nr domu |  Nr lokalu |  Nr telefonu\*\* |

Zwracam się z prośbą o wydanie pozwolenia na sprowadzenie zwłok / szczątków ludzkich / szczątków powstałych ze spopielenia zwłok\* z zagranicy mojego/mojej ………………………………….

(stopień pokrewieństwa)

1. Nazwisko, imię lub imiona osoby zmarłej: …………………………...……………………
2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej: …………………………………...……………………...
3. Data i miejsce urodzenia osoby zmarłej: ………...…………………………………………
4. Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej: …………………………………………….
5. Data i miejsce zgonu:………………………………………………………………………..
6. Miejsce z którego zwłoki, szczątki ludzkie lub szczątki powstałe ze spopielenia zwłok zostaną przewiezione ……………………………………………………………………….
7. Miejsce pochówku:………………………………………………………………………….
8. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki, szczątki ludzkie lub szczątki powstałe ze spopielenia zwłok: ……………………..………………………………….……

**Załączniki:**

1. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon oraz wykluczający jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną wymienioną w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 576), tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego.
2. Pełnomocnictwo, jeżeli strona działa przez pełnomocnika wraz z dowodem potwierdzenia wniesienia opłaty skarbowej (jeśli dotyczy).
3. Inne dokumenty (wskazać jakie/ tłumaczone na język polski i uwierzytelnione przez tłumacza przysięgłego): ………………………………………………….……………………………………………………………….

……………………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*

***\*****niepotrzebne skreślić*

***\*\**** *podanie numeru telefonu jest dobrowolne w celu ułatwienia kontaktu w toku prowadzonego postępowania o wydanie zezwolenia na sprowadzenie zwłok/szczątków ludzkich z zagranicy*

**Załącznik do wniosku OSS-1A**

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W STAROSTWIE POWIATOWYM W NOWYM DWORZE GDAŃSKIM**

**WNIOSEK O SPROWADZENIE ZWŁOK / SZCZĄTKÓW LUDZKICH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest **Starostwo Powiatowe w Nowym Dworze Gdańskim, reprezentowane przez Starostę Nowodworskiego, ul. gen. Władysława Sikorskiego 23, 82-100 Nowy Dwór Gdański, e-mail:** **starostwo@nowydworgdanski.pl****, tel. 55 247 36 71**
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: **iod@nowydworgdanski.pl** lub pisemnie na adres Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich., ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby
	4. W zakresie w jakim załatwienie sprawy odbywa się w sposób milczący, podstawą przetwarzania danych osobowych są również przepisy art. 122a – 122h Kodeksu postępowania administracyjnego (ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r.
	5. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c  RODO, Ustawy o samorządzie powiatowym.
	6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych, tj. wieczyście.
	7. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	8. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	9. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych
4. prawo do przenoszenia danych
5. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych *nr telefonu, adres e-mail)* w celach kontaktowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a) Rozporządzeniem 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

……………..............................

 *(podpis)*