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

 Nowy Dwór Gdański, dnia.................................

 **WYPEŁNIĆ CZYTELNIE**

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

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

(stopień pokrewieństwa)

1. Nazwisko, imię lub imiona osoby zmarłej: ……………………………………………
2. Nazwisko rodowe:………………………………………………………………………
3. Data i miejsce urodzenia:………………………………………………………………
4. Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej: ……………………………………….
5. Data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………..
6. Miejsce z którego zwłoki/szczątki ludzkie\* zostaną sprowadzone:…………………….

…………………………………………………………………………………………..

1. Miejsce pochówku:……………………………………………………………………..
2. Przewozu zwłok/szczątków ludzkich\* dokona osoba/firma następującym środkiem

transportu:………………………………………………………………………………

(podać rodzaj środka transportu, nr rejestracyjny)

w terminie:…………………………………………………………………………………

 (podać termin przewozu)

**Załącznik:**

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 tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego.**

***\*****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*

……………..............................

 *(podpis)*

**Załącznik do wniosku OSS-1A**

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

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 - 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 w związku z realizacją procedury sprowadzenia zwłok z zagranicy (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. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c  RODO, Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, 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, 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 oraz na podstawie przesłanki zgody, o której mowa w Art. 6 ust.1 lit. A RODO
	5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych, określonych w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 5 lat.
	6. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych,
	8. 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 usunięcia swoich danych (w przypadkach i na zasadach określonych przepisami RODO)
5. prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

(w przypadkach i na zasadach określonych przepisami RODO)

1. 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 wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Podanie pozostałych danych w celu ułatwienia kontaktu z Państwem jest dobrowolne.
	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.(w szczególności operatorzy pocztowi, podmioty świadczące dla Administratora usługi: kurierskie, informatyczne, prawne oraz inne organy publiczne i jednostki pomocnicze Powiatu, organy kontroli, powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna)

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

……………..............................

 *(podpis)*