

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię (imiona) i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(seria i nr dokumentu tożsamości)

.....
(stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

.....
(nr telefonu do kontaktu)

URZĄD MIEJSKI W KONINIE
Plac Wolności 1
62 – 500 Konin

**WNIOSEK O WYDANIE POZWOLENIA NA SPROWADZENIE
ZWŁOK*/SZCZĄTKÓW* LUDZKICH Z ZAGRANICY W CELU ICH POCHOWANIA**

1. Dane dotyczące osoby zmarłej:

a) imię (imiona), nazwisko osoby zmarłej:

.....

b) nazwisko rodowe osoby zmarłej:

.....

c) data i miejsce urodzenia osoby zmarłej:

.....

d) ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej:

.....

2. Data i miejsce zgonu:

3. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki ludzkie/prochy* osoby zmarłej zostaną
przewiezione:

4. Miejsce pochówku (cmentarz):

.....

5. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki ludzkie/prochy*
osoby zmarłej:

.....
(podpis wnioskodawcy)

*- niepotrzebne skreślić

Załączniki:

- 1) akt zgonu lub inny dokument urzędowy potwierdzający zgon osoby, tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego;
- 2) w przypadku nieokreślenia przyczyny zgonu w akcie zgonu inny dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy, tłumaczony na język polski i uwierzytelniony przez tłumacza przysięgłego;
- 3) oryginał pełnomocnictwa/upoważnienia z własnoręcznym podpisem osoby uprawnionej oraz dowód wniesienia opłaty skarbowej (jeśli działanie przez pełnomocnika).

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 6 i 13 ust. 1 i 2 Ogólnego 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 (RODO) o ochronie danych osobowych informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto Konin, Plac Wolności 1, 62-500 Konin, reprezentowane przez Prezydenta Miasta Konina, kontakt: sekretariat@konin.um.gov.pl, telefon: 63 2401111, fax 63 242992.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych w Mieście Koninie (Urzędzie Miejskim w Koninie) jest Pan Andrzej Andrzejewski, kontakt: andrzej.andrzejewski-iod@konin.um.gov.pl, telefon: 63 2401225.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z 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.
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani/Pan, których dane dotyczą, ma prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a Pani/Pan sprzeciwia się usunięciu danych,
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne Pani/Panu, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych nie jest wymogiem ustawowym, jednakże ich niepodanie może wpłynąć na odmowę podjęcia działań, przebieg lub wynik prowadzonej sprawy.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)