\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (miejscowość, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię, imiona i nazwisko wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (adres zamieszkania)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (seria i nr dokumentu tożsamości)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nr telefonu do kontaktu)

 ***Starosta Koszaliński***

 ***Starostwo Powiatowe***

 ***w Koszalinie***

 ***ul. Racławicka 13***

 ***75-620 Koszalin***

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

Na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych
(Dz. U. z 2023 r. poz. 887) zwracam się o wydanie pozwolenia na sprowadzenie trumny ze zwłokami\*/urny ze szczątkami\* ludzkimi.

Dane dotyczące osoby zmarłej:

1. Nazwisko i imię (imiona) osoby zmarłej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Data i miejsce urodzenia osoby zmarłej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Data i miejsce zgonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Przyczyna zgonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Miejsce, z którego zwłoki/szczątki osoby zmarłej zostaną przewiezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Miejsce pochówku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Środek transportu, którym zostaną przewiezione zwłoki/szczątki osoby zmarłej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sprowadzeniem zwłok/szczątków osoby zmarłej zajmie się firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nazwisko i imię/imiona, adres zamieszkania wnioskodawcy oraz numer i seria dokumentu tożsamości\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\*- niepotrzebne skreślić

**Załączniki:**

1. akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon oraz określający przyczynę zgonu, przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego;
2. 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 *(w przypadku nie określenia przyczyny śmierci w dokumencie stwierdzającym zgon);*
3. oryginał pełnomocnictwa/upoważnienia z własnoręcznym podpisem osoby uprawnionej *(jeżeli osoba uprawniona działa za pośrednictwem innego podmiotu, np. zakładu pogrzebowego).*

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO) informuję, że z dniem 25 maja 2018 r.:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe z siedzibą w Koszalinie przy ulicy Racławickiej 13, 75-620 Koszalin reprezentowane przez Starostę Koszalińskiego (zwane dalej Starostwem); tel. 947140189 e-mail: poczta@powiat.koszalin.pl

2. Dane kontaktowe Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI) / Inspektora Ochrony Danych (IOD) w Starostwie Powiatowym w Koszalinie: pok. 407A, IV piętro, tel. 947140240, e-mail: iod@powiat.koszalin.pl – mogą Państwo skontaktować się z ABI/IOD w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw – telefonicznie, drogą e-mail, pisemnie - na adres jak wyżej.

3. Celem przetwarzania danych osobowych Pani / Pana - interesantów / klientów Starostwa oraz innych osób, których dane mogą być przetwarzane w związku ze składaniem dokumentów jest prowadzenie przez Administratora Danych spraw administracyjnych należących do właściwości rzeczowej i miejscowej Starostwa, a także kierowanie spraw nienależących do właściwości rzeczowej lub miejscowej Starostwa do właściwych podmiotów.

Starostwo (Urząd), działając w ramach swojej kompetencji, wykonuje obowiązki prawne wynikające z ustaw i przepisów wykonawczych do ustaw, a także działa w interesie publicznym. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO-przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych, oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO- przetwarzanie jest niezbędne do wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi Danych.

4. Odbiorcą Pani / Pana danych osobowych będą tylko podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt i archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

6. Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani / Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);

8. Podanie przez Pana / Panią określonych danych osobowych w Starostwie jest: wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Nie podanie danych osobowych uniemożliwi realizację Państwa wniosków – załatwienie sprawy.

9. Pani / Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

……………………………………………………..

Podpis osoby fizycznej, której dane dotyczą

**Uwaga! Formularz dokonania obowiązku informacyjnego dot. osób fizycznych, (nie np. firmy, przedsiębiorstwa – wpisanego do CEIGD, stowarzyszenia, fundacji itp.) – obowiązuje od 25 maja 2018 r.**