…………………………………

 (Miejscowość, data)

**Wnioskodawca:**

…………………………………….

(Imię/imiona i nazwisko)

…………………………………….. **Starosta Gliwicki**

(Adres zamieszkania)ul. Zygmunta Starego 17

 44-100 Gliwice

……………………………………..

(Stopień pokrewieństwa)

……………………………………..

(Numer i seria dokumentu tożsamości)

**Przewoźnik:**

……………………………………..

(Nazwa)

……………………………………..

(Adres)

……………………………………..

(Numer telefonu/fax)

……………………………………..

(Pieczęć i podpis przewoźnika)

**Wniosek o wydanie pozwolenia na sprowadzenie zwłok/szczątków\* ludzkich z zagranicy**

Proszę o wydanie pozwolenia na sprowadzenie zwłok/szczątków\* ludzkich z zagranicy:

……………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko osoby zmarłej)

Nazwisko rodowe:…………………………………………………………………....

Data i miejsce urodzenia:……………………………………………………………..

Ostatnie miejsce zamieszkania:……………………………………………………....

Data i miejsce zgonu:…………………………………………………………………

Miejsce, z którego zwłoki/szczątki\*ludzkie zostaną przewiezione:………………….

…………………………………………………………………………………………

Miejsce pochówku:……………………………………………………………………

Środek transportu:…………………………………………………………………….

 ………………………………………

 (podpis wnioskodawcy)

Zgodnie z art. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) informujemy, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Gliwicki z siedzibą w Gliwicach przy ul. Zygmunta Starego 17;

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, tel. 32 231 96 86, email: iod@starostwo.gliwice.pl;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji ustawowych zadań urzędu tj. wydania pozwolenia na sprowadzenie zwłok i szczątków ludzkich z zagranicy na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich;

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, firma LTC Sp. z o. o. z Wielunia i kancelaria prawna prowadząca obsługę prawną tut. starostwa;

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa,
tj. 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;

6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania;

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych wskazanego na wstępie;

8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem tj. ustawą z dnia
31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich jest obligatoryjne;

9) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej;

10) Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną

 ……………..………………………………

(data, podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Akt zgonu lub inny dokument urzędowy stwierdzający zgon wraz z tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego.
2. 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.\*
3. Pełnomocnictwo.\*
4. Potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej.\*

\*niepotrzebne skreślić