Świnoujście, dnia …………………………

imię i nazwisko wnioskodawcy:

seria i nr dokumentu tożsamości

pokrewieństwo:

adres zamieszkania:

nr telefonu (podaje się dobrowolnie):

**Prezydent Miasta Świnoujście**

**WNIOSEK**

Proszę o wydaniepozwolenia na sprowadzenie do Polski zwłok / szczątków ludzkich\* niżej wymienionej osoby:

**DANE OSOBY ZMARŁEJ:**

Imię / imiona i nazwisko:

Nazwisko rodowe:

Data i miejsce urodzenia:

Ostatnie miejsce zamieszkania:

Data i miejsce zgonu:

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

Miejsce pochówku:

Środek transportu zwłok / szczątków ludzkich\*:

 ..............................................................

 (podpis)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem danych jest Prezydent Miasta Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście.
2. Inspektor Ochrony Danych: e-mail: iod@um.swinoujscie.pl., tel.: + 48 91 327 85 95, adres: ul. Wojska Polskiego 1/5, 72-600 Świnoujście.
3. Dane podane na tym wniosku przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473 ze zm.) do wydania pozwolenia na sprowadzenie zwłok lub szczątków ludzkich z zagranicy w celu ich pochowania. Numer telefonu jest przetwarzany na podstawie zgody wnioskodawcy – po jego dobrowolnym podaniu.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
5. Dane będą przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Świnoujściu w celu porozumienia niezbędnego do wydania pozwolenia.
6. Prawa związane z przetwarzaniem danych: prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.