Zduńska Wola, dn. …………………………

…………………………………..
 (nazwisko i imię wnioskodawcy)

…………………………………..
 (adres zamieszkania)
…………………………………..

…………………………………..
 (nr dowodu osobistego) **Pan/Pani**

………………………………….. **…………………………………..** (telefon kontaktowy)

 **Starosta Zduńskowolski**

**WNIOSEK**

Ja niżej podpisana/y ……………………………..…………………………………..………
 (imię i nazwisko wnioskodawcy/stopień pokrewieństwa)zamieszkała/y …………………………………..…………………………………..…………..
 (adres i telefon kontaktowy)proszę o wydanie zezwolenia na sprowadzenie do Polski, miejscowości ……………………...

w powiecie zduńskowolskim, zwłok/urny z prochami Pani/Pana ………………….……………………………………………………………………………….
 (nazwisko, imię lub imiona zmarłej/go)
z domu …………………………….… urodzonej/go…………………………….…………….
 (nazwisko rodowe) (data i miejsce urodzenia zmarłej/go)

ostatnio zamieszkałej/go …..…………………………..………………………………………..
 (podać ostatnie miejsce zamieszkania osoby zmarłej)

córki/syna …………………………………………….. zmarłej/go w dniu ….………………..
 ( imię ojca, imię i nazwisko rodowe matki)

w miejscowości ……………………………..………………………………………..……

Zwłoki/szczątki \*/urna z prochami sprowadzone zostaną z ……..………………………...……
 (dokładna nazwa miejscowości i kraju)

………………na trasie …………………………….………...……….. środkiem transportu: drogowego, kolejowego, lotniczego, wodnego\* przez ..……………..……………………….
 (nazwa i adres podmiotu wyspecjalizowanego w przewozie zwłok i szczątków na odległość ponad 60 km.)

………………………… i pochowane na cmentarzu ……………….…………………………

…………………………………………………………….. .

 …………………………………..
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE
PODMIOTU UPRAWNIONEGO DO POCHOWANIA ZWŁOK/SZCZĄTKÓW LUDZKICH \***

Ja niżej podpisana/y ……………………………..…………………………………..………….
 (imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Niniejszym oświadczam, że zgon ………………………………………………...…… nastąpił
 (imię i nazwisko zmarłej/go)

z przyczyny ……………………………..…………………………………..…………………..
 (podać przyczynę tj. śmierć naturalna, nienaturalna)

Przyczyną zgonu była/ niebyła\* choroba zakaźna.

………………………………..……… (podpis - z podaniem stopnia pokrewieństwa - osoby uprawnionej do pochowania zwłok)

**ADNOTACJE ADMINISTRACJI CMENTARZA**

Oświadczam, że na cmentarzu ……………………………………………………..………….
 (wypełnia administrator lub osoba przez niego upoważniona)

Znajduje się miejsce na pochówek zwłok szczątków ludzkich\* Pani/a ………………...……..
 (imię i nazwisko zmarłej/go)

…………………………, na który wyrażam zgodę.

………………………………..……… (data, czytelny podpis i pieczęć administratora cmentarza lub osoby przez niego upoważnionej)

**ZOBOWIĄZANIE**

Ja niżej podpisana/y ………………………………………… niniejszym zobowiązuję się do
 (imię i nazwisko osoby zobowiązanej)

pochowania zwłok/szczątków ludzkich\* ………………………………………………...…… (imię i nazwisko zmarłej/go)

………………………………..……… (data i czytelny podpis osoby zobowiązanej)

\*) niepotrzebne skreślić

Administratorem danych osobowych będzie Powiat Zduńskowolski – Starosta Zduńskowolski. Dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. c) i e) 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 (RODO)). Inspektorem Danych Osobowych jest p. Adam Kubiak – tel.43 8244226. Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej [www.powiatzdunskowolski.pl](http://www.powiatzdunskowolski.pl).