

Wałbrzych, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w myśl art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn. z 2000 r. Dz. U. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok / szczątków / zmarłego:

(imię i nazwisko)

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Prezydent Miasta Wałbrzycha, Minister Cyfryzacji, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przedłożoną mi/zamieszczoną na stronie BIP klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego ze stosowanych ustaw oraz w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony danych osobowych (RODO). Podane dane przetwarzane będą w celu wydania decyzji.

(podpis osoby uprawnionej)