Załącznik Nr 3 do Karty Usług nr USC/14/2019

Kielce dn. ...............................................

**1. Wnioskodawca:\***  **2. Wnioskodawca:\*** **3. Pełnomocnik:**

.......................................................... …………………………………………. …………………………………………

(imię i nazwisko) (imię i nazwisko) (imię i nazwisko)

…………………………………………… ………………………………………… ………………………………………...

(adres) (adres) (adres)

…………………………………………… …………………………………………. ………………………………………...

(seria i nr, organ wyd. dowód tożsamości) (seria i nr, organ wyd. dowód tożsamości) (seria i nr, organ wyd. dowód tożsamości)

……………………………..............…. ………………………………................ ………………………………………..

(tel. kontaktowy) (tel. kontaktowy) (tel. kontaktowy)

**Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego**

**w Kielcach**

Proszę o odtworzenie treści aktu **zgonu,** który został sporządzony w ....................................................................

(miejscowość,państwo) następującymi danymi:

**I. Dane dotyczące osoby :**

1. Nazwisko : ...............................................................................................

2. Imię ( imiona ) : ...........................................................................................

3. Nazwisko rodowe : .....................................................................................

4. Stan cywilny : ............................................................................................

5. Data urodzenia : .........................................................................................

6. Miejsce urodzenia : ...................................................................................

## 7. Miejsce zamieszkania : ..............................................................................

## 8. PESEL: ………………………………………………………………………….

## 9. Seria, numer, nazwa organu wydającego dowód osobisty: ……………………………………………………………………………………….

**II . Dane dotyczące daty i miejsca zgonu :**

1. Data zgonu : .........................................................................................

2. Godzina zgonu : ......................................................……………………….

3. Miejsce zgonu : ......................................................................................

**III . Dane dotyczące małżonka osoby zmarłej :**

1. Nazwisko : ....................................................................................

2. Imię ( imiona ) : ...................................................................................

3. Nazwisko rodowe : .............................................................................

**IV . Dane dotyczące rodziców osoby zmarłej :**

**Ojciec : Matka :**

1. Imię ( imiona ) : ..................................... ........................................

2. Nazwisko rodowe : ..................................... .......................................

**Jednocześnie oświadczam, że odpisu aktu zgonu nie posiadam i nie mogę go uzyskać z powodu………………………………………………………………………………………………………………**

**oraz dotychczas nie składałem/am wniosku o odtworzenie aktu zgonu w trybie sądowym lub administracyjnym.**

Po sporządzeniu aktu zgonu proszę o wydanie odpisu zupełnego.

Odbioru dokumentów dokona ………………………….......................................................................................

zam. ……………………………………................................................................................................................

**Załączniki:**

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

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

……………………………. ....................... ........................ ……………………

(podpis przyjmującego) (podpis wnioskodawców) (podpis pełnomocnika)

**Oświadczenia dodatkowe/wyjaśnienia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Notatki urzędowe**

**Urząd Stanu Cywilnego:**

Akt zgonu na nazwisko …………………………………………………………………………………………..........

nie figuruje w księdze zgonów roku /w latach/ ……………………………………………………………………….

będącej w posiadaniu USC w Kielcach.

**Biuro Ewidencji Ludności**: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Sprawdził: ……………………

Dnia: ………………………….

**UWAGI:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), uprzejmie informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Kielce, Rynek 1, 25-303 Kielce.   
   W przypadku pytań dotyczących procesu przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pisząc na adres e-mail **iod@um.kielce.pl**
2. podane dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją *odtworzenia aktu zgonu* a podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest ustawa Prawo o aktach stanu cywilnego,
3. przekazane przez Panią/Pana dane podane są obowiązkowo i będą przetwarzane zgodnie z kategorią archiwalną A,
4. przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania oraz kopii danych,
5. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a tym podmiotem.
6. w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych przez Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie swoich danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.