



Częstochowa,

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
seria, nr dowodu osobistego

.....
NR PESEL

.....
stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

.....
adres: ulica, nr-y

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon

**DYREKTOR
CMENTARZA KOMUNALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE**

WNIOSEK

Proszę o pochowanie zwłok osoby zmarłej
data zgonu karta zgonu wydana przez lek. med.
skrócony odpis aktu zgonu nr z dnia
wydany przez USC
do grobu
(charakterystyka grobu)
w kwaterze rząd grób

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procedur związanych z pogrzebem oraz korespondencji z zakresu spraw prowadzonych na Cmentarzu Komunalnym w Częstochowie przy ulicy Radomskiej 117, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883).

.....
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w podaniu i przedłożonych dokumentach z aktami cmentarza.

.....
(pieczęć i podpis pracownika cmentarza)

Oświadczenie Dyrektora Cmentarza Komunalnego w Częstochowie

pieczęćka imienna, podpis