

Dane Wnioskodawcy:			
1. Imię i Nazwisko lub Nazwa Podmiotu (może być pieczęć Podmiotu):		<input type="text"/> miejsowość	
		<input type="text"/> data	
2. Adres do korespondencji:		WNIOSEK O:	
		- wydanie zaświadczenia dot. realizacji obowiązku meldunkowego	
3. Telefon kontaktowy:		Miejsce na pieczęć wpływu do Urzędu:	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e2efda;"> Burmistrz Międzychodu Urząd Miasta i Gminy w Międzychodzie ul. Marszałka Piłsudskiego 2 64-400 MIĘDZYCHÓD </div>	
4. Adres e-mail:			
5. Numer PESEL (osoby fizyczne):			
6. Numer Regon (osoby prawne):			
Korzystając z przysługującego mi uprawnienia zwracam się o wydanie:			
<input type="checkbox"/> z rejestru mieszkańców			
<input type="checkbox"/> z rejestru PESEL			
zaświadczenia potwierdzającego: (właściwe zaznaczyć: X)			
<input type="checkbox"/> Zameldowanie na pobyt stały			
<input type="checkbox"/> Zameldowanie na pobyt czasowy			
<input type="checkbox"/> Poprzednie miejsce zameldowania na pobyt stały			
<input type="checkbox"/> Poprzednie miejsce zameldowania na pobyt czasowy			
<input type="checkbox"/> Wszystkie poprzednie zameldowania na pobyt stały			
<input type="checkbox"/> Wszystkie poprzednie zameldowania na pobyt czasowy			
<input type="checkbox"/> Wszystkie osoby zameldowane na pobyt stały pod adresem:			
<input type="checkbox"/> Wszystkie osoby zameldowane na pobyt czasowy pod adresem:			
<input type="checkbox"/> Brak osób zameldowanych pod adresem:			
<input type="checkbox"/> Inne – wskazać jakie?			
zaświadczenie dotyczy: (właściwe zaznaczyć: X)			
<input type="checkbox"/> Wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> Współmałżonka – Imię i nazwisko:			
<input type="checkbox"/> Małoletniego dziecka – Imię i nazwisko dziecka:			
<input type="checkbox"/> Inne osoby – Imię i nazwisko:			

Cel uzyskania zaświadczenia: (właściwe zaznaczyć X)	
<input type="checkbox"/>	1a) alimentacyjny, opieka, kuratela, przysposobienie
<input type="checkbox"/>	1b) ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, renta strukturalna, uprawnienia dla osób niepełnosprawnych
<input type="checkbox"/>	1c) świadczenie socjalne, pomoc społeczna, zatrudnienie socjalne, piecza zastępcza
<input type="checkbox"/>	1d) wybory, referenda
<input type="checkbox"/>	1e) powszechny obowiązek obrony
<input type="checkbox"/>	1f) zatrudnienie, wynagrodzenie za pracę
<input type="checkbox"/>	1g) nauka, szkolnictwo, oświata pozaszkolna, ochrona zdrowia
<input type="checkbox"/>	2) wymiana dowodu osobistego/paszportu
<input type="checkbox"/>	3) sprawy sądowe
<input type="checkbox"/>	4) inny

Celem realizacji przysługującego mi uprawnienia załączam (zaznaczyć właściwe pola, jeśli dotyczą):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - dokument potwierdzający uiszczenie opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia w wysokości 17,00 zł |
| <input type="checkbox"/> | - dokument potwierdzający ustanowienie pełnomocnika |
| <input type="checkbox"/> | - dokument potwierdzający uiszczenie opłaty skarbowej za ustanowienie pełnomocnika w wysokości 17,00 zł |

INFORMACJA:

Wniosek (podanie), załączone dokumenty oraz oświadczenia mają na celu uzyskanie dokumenty potwierdzającego prawdziwą okoliczność mającą znaczenie prawne. Wyłudzenie poświadczenia nieprawdy poprzez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 – art. 272 ustawy z dnia 6 czerwca 1977 r. *Kodeks karny*

KLAUZULA INFORMACYJNA

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 oraz 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO (Dz. U. UE. z 2016 r., L 119, poz. 1) Burmistrz Międzychodu informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta i Gminy w Międzychodzie przy ulicy Marszałka Piłsudskiego 2 jest Burmistrz Międzychodu/
2. Kontakt, w zakresie czynności przetwarzania danych osobowych: Inspektor Ochrony Danych Osobowych – inspektor@miedzychod.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, RODO, a w szczególności ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, przepisów wykonawczych i regulacji.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą przeszkoleni i upoważnieni pracownicy do przetwarzania tych danych w zakresie wynikającym z zakresu obowiązków oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa w tym min. do Centrum Personalizacji Dokumentów w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz do rejestru RDO i rejestru PESEL prowadzonych przez Ministra Cyfryzacji. lub na podstawie umowy
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. W przypadku gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest obowiązkowe, a w pozostałym zakresie dobrowolne.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Szanowny Interesancie! – wskazanie danych w pkt.:

- 1 i 2 – **jest obowiązkowe.**
3 i 4 – **ułatwi nam wzajemny kontakt**
5 lub 6 – **umożliwi Tobie „śledzenie” realizacji spraw na stronie internetowej Urzędu pod adresem:**
.....

**Czytelny podpis Wnioskodawcy bądź pełnomocnika,
pieczęć Podmiotu oraz podpis osoby umocowanej**

ADNOTACJE URZĘDOWE:

Opłatę skarbową za zaświadczenie uiszczono dnia:

Pieczęć i podpis wydającego zaświadczenie

POTWIERDZENIE ODBIORU ZAŚWIADCZENIA:

Data

Podpis

Niniejszy wniosek/podanie stanowi załącznik do karty usługi Nr **2 (4)/RSO**