

## CERERE

### pentru obținerea avizului în vederea îmbălsămării

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_, tanatopractor conform Certificatului Ministerului Sănătății nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu CI seria \_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, str\_ \_\_\_\_\_ nr\_ \_\_\_\_\_, bl\_ \_\_\_\_\_, sc\_ \_\_\_\_\_, ap\_ \_\_\_\_\_, angajat al Societății \_\_\_\_\_, cu sediul în localitatea \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, adresa \_\_\_\_\_, Cod fiscal \_\_\_\_\_ înmatriculată la Registrul Comerțului cu nr. J\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, solicit avizul direcției de sănătate publică în vederea efectuării îmbălsămării dlui/dnei \_\_\_\_\_ decedat/decedate la data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ și aflat(e) la adresa \_\_\_\_\_

Anexez la prezenta copie după:

- Certificatul de tanatopractor nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Copie după certificatul medical constatator al decesului doamnei/domnului.....
- Cererea familiei pentru îmbălsămare
- Declarația privind metoda și produsele biocide folosite

Data

Semnatura si stampila  
prestatorului de servicii funerare

#### Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul Direcției de Sănătate a Județului

Direcția de Sănătate Publică a Județului \_\_\_\_\_ are calitatea de operator de date cu caracter personal în sensul Regulamentului UE nr\_679 din 27 aprilie 2016, în relație cu persoanele fizice care se adresează sau stabilesc raporturi juridice cu această instituție.

Datele cu caracter personal sunt utilizate în scopul eliberării avizului în vederea îmbălsămării și în scop financiar contabil; vor fi păstrate prin arhivarea actelor ce le conțin conform termenelor stabilite în Nomenclatorul arhivistic al DSP \_\_\_\_\_ emis în baza Legii nr\_16/1996 rep.; vor fi folosite exclusiv în scopul pentru care au fost colectate și sunt protejate prin măsurile de securitate și confidențialitate adoptate în cadrul instituției; pot fi divulgate numai angajaților Direcției de Sănătate Publică a Județului \_\_\_\_\_ care au atribuții de serviciu în soluționarea cererii dumneavoastră și după caz: împuterniciților (ex\_ firmă de curierat, firmă de arhivare), Ministerului Sănătății, Trezoreriei \_\_\_\_\_, organismelor competente în cadrul procedurilor judiciare\_

Conform prevederilor legale aplicabile, beneficiați de: dreptul de informare, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la restricționarea prelucrării în condițiile art\_18 din Regulament, dreptul de a vă adresa Autorității de supraveghere și justiției\_

Declar că am fost informat asupra prelucrării datelor cu caracter personal în cadrul Direcției de Sănătate Publică a Județului \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Nume, prenume

\_\_\_\_\_

Semnătura

