

Nazwisko i imię wnioskodawcy

ZNAK SPRAWY

USC.MG.5345 2019

(wypełnia urzędnik)

I. Adres zameldowania / wymeldowania* na jaki ma zostać wydane zaświadczenie

Burmistrz Nowego Dworu Gdańskiego
ul. Ernesta Wejhera 3
82-100 Nowy Dwór Gdański

II. Adres do korespondencji

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

WNIOSEK o wydanie zaświadczenia z rejestru mieszkańców

III. Proszę o wydanie zaświadczenia dotyczącego przetworzonych danych (**WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ „X”**)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | o moim zameldowaniu na pobyt stały |
| <input type="checkbox"/> | o moim wymeldowaniu z pobytu stałego |
| <input type="checkbox"/> | o moim zameldowaniu na pobyt czasowy |
| <input type="checkbox"/> | o moim wymeldowaniu z pobytu czasowego |
| <input type="checkbox"/> | o moich wszystkich adresach i okresach zameldowań |
| <input type="checkbox"/> | o liczbie / braku* osób zameldowanych ** |
| <input type="checkbox"/> | o zameldowaniu/wymeldowaniu* na pobyt stały/czasowy* wskazanych członków mojej rodziny działając z ich upoważnienia*** |

| | imię i nazwisko członka rodziny | data urodzenia | stopień pokrewieństwa |
|---|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Inne

IV. Zaświadczenie złożone zostanie w celu załatwienia sprawy: (**WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ „X”**)

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | alimentacyjnej, opieki, kurateli | <input type="checkbox"/> | świadczeń socjalnych, PCPR | <input type="checkbox"/> | notarialnej |
| <input type="checkbox"/> | ubezpieczenia zdrowotnego, społecznego | <input type="checkbox"/> | powszechny obowiązek obrony | <input type="checkbox"/> | bankowej |
| <input type="checkbox"/> | nauki, szkolnictwa i ochrona zdrowia | <input type="checkbox"/> | emerytalnej np. ZUS, KRUS | <input type="checkbox"/> | sądowej |
| <input type="checkbox"/> | aktu dziedziczenia | <input type="checkbox"/> | Urząd Skarbowy | <input type="checkbox"/> | paszportowej |
| <input type="checkbox"/> | zatrudnienia (w tym do Urzędu Pracy) | <input type="checkbox"/> | wybory | | |

Inne

* niepotrzebne skreślić

** oświadczam, że dysponuję tytułem prawnym do wskazanego wyżej lokalu (pkt. I)

*** w sprawach mniejszej wagi organ administracji publicznej może nie żądać pełnomocnictwa, jeśli pełnomocnikiem jest członek najbliższej rodziny lub domownik strony, a nie ma wątpliwości co do istnienia i zakresu upoważnienia do występowania w imieniu strony (na podstawie art. 33 § 4 KPA)

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

data (dd-mc-rok)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)