Mielec, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dd/mm/rrrr)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko wnioskodawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres zameldowania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr PESEL

**Wniosek**

**o wydanie zaświadczenia zawierającego odpis przetwarzanych danych  
w rejestrze mieszkańców/w rejestrze PESEL \***

* Pełny odpis przetwarzanych danych osoby, której wniosek dotyczy.\*
* Częściowy odpis przetwarzanych danych osoby, której wniosek dotyczy np. zaświadczenie   
  o zameldowaniu/wymeldowaniu na pobyt stały, czasowy lub jego przebiegu, zaświadczenie   
  o nr PESEL.\*
* Dane osoby, której wniosek dotyczy\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_syn/córka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko) (imię ojca)

ur. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr PESEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Zaświadczenie niniejsze jest niezbędne do przedłożenia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cel, nazwa instytucji)

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informuję, że Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Mielca, a klauzula informacyjna zawierająca przysługujące Panu/Pani uprawnienia znajduje się pod adresem: <http://www.mielec.pl/informacja-o-rodo-urzedu-miejskiego-w-mielcu/> oraz na tablicy ogłoszeń w budynkach Urzędu Miejskiego w Mielcu. W razie potrzeby może się Pan/Pani skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu e-mail: [iod@um.mielec.pl](mailto:iod@um.mielec.pl), tel. 177874033.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam odbiór zaświadczenia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis)

\*Podkreślić właściwe

\*\* Wypełnić jeśli wniosek dotyczy innej osoby niż wnioskodawca (np. pełnomocnik)