

Nr. ewid. dz. \_\_\_\_\_

## WNIOSEK / OŚWIADCZENIE

dla celów identyfikacji osób przy udostępnianiu dokumentacji przechowywanej w Składnicy Akt osobom trzecim

| Dane personalne osoby wnioskującej o dokumentację |                |  |    |                  |  |
|---|----------------|--|----|------------------|--|
| 01  | Nazwisko       |  | 08 | Telefon nr.      |  |
| 02  | Nazw. Panień.  |  | 09 | Miejsce zamiesz. |  |
| 03  | Imiona         |  | 10 | Ulica            |  |
| 04  | Imię ojca      |  | 11 | Numer domu       |  |
| 05  | Imię matki     |  | 12 | Numer mieszkania |  |
| 06  | Data urodzenia |  | 13 | Kod pocztowy     |  |
| 07  | PESEL.         |  | 14 | Poczta           |  |

| Do wniosku dołączam: |  |  |
|----------------------|--|--|
| 01                   | Kopia odpisu aktu zgonu osoby której dotyczą wnioskowane dokumenty |  |
| 02                   | Pełnomocnictwo z urzędowo poświadczonym podpisem                   |  |
| 03                   |  |  |

| Dane personalne osoby, której dotyczy wnioskowana dokumentacja |   |            |                     |                     |                     |            |     |
|--|---|------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------|-----|
| 01   | Nazwisko                                  |            | 05                  | Imię matki          |                     |            |     |
| 02   | Nazw. Panień.                             |            | 06                  | Data urodzenia      |                     |            |     |
| 03   | Imiona                                    |            | 07                  | Miejsce urodz.      |                     |            |     |
| 04   | Imię ojca                                 |            | 08                  | PESEL               |                     |            |     |
| 09   | Zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę |            |                     |                     |                     | Tak        | Nie |
| 10   | W okresie                                 | Od dnia    |                     |                     |                     | Do dnia    |     |
| 11   | W wymiarze                                | pełny etat | $\frac{3}{4}$ etatu | $\frac{1}{2}$ etatu | $\frac{1}{4}$ etatu | inny podać |     |
| 12   | Na stanowisku                             |            |                     |                     |                     |            |     |
| 13   | Nazwa zakładu pracy                       |            |                     |                     |                     |            |     |
| 14   | Adres zakładu pracy                       |            |                     |                     |                     |            |     |

Otrzymana dokumentacja zostanie wykorzystana do celów:

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

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność prawna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym imię, nazwisko, nazwisko panięskie, imiona rodziców, data urodzenia, adres zamieszkania, PESEL, nr telefonu, danych o leczeniu, przez spółkę Archiwa Opolskie Sp. z o.o. z siedzibą w Niemodlinie (49-100 Niemodlin, ul. Korfantego 42), w celu otrzymania potwierdzenia leczenia na podstawie przechowywanej w jej składnicy akt dokumentacji.

\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis wnioskodawcy