Mirów Stary, dnia ………..……

…………..………….....................................................…………………

(imię i nazwisko)

……………………………………...................................................……

……………………………………..................................................……

(adres zamieszkania)

……………………………….......................................................……….

( telefon kontaktowy)

**Wójt Gminy Mirów**

**Mirów Stary 27**

**26-503 Mirów Stary**

**WNIOSEK**

**o rozgraniczenie nieruchomości**

**Proszę o dokonanie rozgraniczenia nieruchomości:**

położonej w miejscowości ...........................................................................................................................................

uregulowanej w księdze wieczystej o numerze………………………………………….

stanowiącej działkę /-ki ewidencyjną/e numer …………………………………………..

w obrębie ewidencyjnym ..........................................................................................będącej własnością:

....................................................................................................................................

(imię i nazwisko/ nazwa)

**z nieruchomością sąsiednią/ nieruchomościami sąsiednimi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obręb ewidencyjny | Numer działki | Numer księgi wieczystej | Właściciel |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do czynności ustalenia przebiegu granic zostanie upoważniony przez Wójta Gminy Mirów uprawniony geodeta wskazany przez organ.

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

* + dokument stwierdzający tytuł prawny do nieruchomości……………………..
  + wypisy z rejestru ewidencji gruntów dla nieruchomości objętych wnioskiem  
    o rozgraniczenie,
  + kopia mapy ewidencyjnej z określeniem spornego odcinka granicy,
  + ……………………………………………………………………………,

……………………...……...…*.*…………..

(podpis/y wnioskodawcy/ców

Ja, niżej podpisany/a **wyrażam zgodę** **na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu** w zakresie rozpatrzenia i realizacji niniejszego wniosku. Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zgodę mogę odwołać poprzez wysłanie adekwatnego wniosku do Administratora danych listownie lub pisemnie.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………….………………………………  **/data i czytelny podpis Wnioskodawcy/** |

**INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mirowie, Mirów Stary 27, 26-503 Mirów Stary

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - [bodo.radom@gmail.com](mailto:bodo.radom@gmail.com)

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań GOPS - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

8) Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

9) Pani/Pana osobowe nie są przekazywane do państw trzecich

10) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne