|  |  |
| --- | --- |
| APW 7 | **ARCHIWUM PAŃSTWOWE W WARSZAWIE** |
| ZAŚWIADCZENIE O REPRESJONOWANIU/REPATRIACJI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informacje dla składającego - proszę  przeczytać przed wypełnieniem. Zasady realizacji usług świadczonych w Archiwum Państwowym w Warszawie i sposób ustalania opłat z tego tytułu określa Cennik. | | |
| A. Wnioskodawca | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | |
| Adres / miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy/ |  | | | | | | |
| Telefon |  | | | E-mail | |  | |
| B. Określenie przedmiotu zamówienia | | | | | | | |
| Proszę o wydanie zaświadczenia o: represjonowaniu (pobycie w więzieniu, w obozie pracy, w łagrze, na pracach przymusowych) lub repatriacji\* | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby represjonowanej/repatriowanej: | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia: | | | | | Imię ojca: | | |
| Represjonowanie polegało na: | | | | | | | |
| Adres przed wywozem/aresztowaniem (miejscowość, ulica, numer domu): | | | | | | | |
| Miejscowość i przybliżona data zatrzymania: | | | | | | | |
| Informacje dodatkowe (np. nazwy miejscowości, w których przebywał represjonowany podczas pobytu na robotach przymusowych, nazwy obozów, więzień): | | | | | | | |
| Data powrotu do Polski: | | | | | Miejsce przekroczenia granicy: | | |
| Miejsce i data rejestracji w punkcie Państwowego Urzędu Repatriacyjnego lub w innym urzędzie: | | | | | | | |
| Adres po powrocie do Polski (miejscowość, ulica, numer domu): | | | | | | | |
| C. Cel zamówienia – określić interes prawny w ubieganiu się o kopię (art. 217 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego) | | | | | | | |
| W/w dokument potrzebny mi jest do celów: | | | | | | | |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych  w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) Archiwum Państwowe w Warszawie (dalej: APW) informuje, iż:  1. Jest administratorem przekazanych przez Panią/Pana danych osobowych.  2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją zadań statutowych APW, na podstawie art. 6 ust. 1 lit.  a RODO, przez okres niezbędny do wykonania tych zadań, tj. przez co najmniej 20 lat.  3. Podane dane nie będą przekazywane podmiotom trzecim. Mogą być udostępniane wyłącznie instytucjom upoważnionym z mocy prawa.  4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo  do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.  5. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan,  iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO lub inne przepisy określające sposób przetwarzania  i ochrony danych osobowych.  6. Przekazane dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu i nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.  7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jest niezbędne do realizacji Pani/Pana wystąpienia o udostępnienie materiałów archiwalnych.  8. Pytania, wnioski i żądania w sprawach przetwarzania i ochrony danych osobowych może Pani/Pan kierować do naszego inspektora ochrony danych na adres:  1. e-mail: iod@warszawa.ap.gov.pl;  2. adres korespondencyjny: Archiwum Państwowe w Warszawie, ul. Krzywe Koło 7, 00-270 Warszawa. | | | | | | | |
| Miejscowość | | Data | | | | | Podpis wnioskodawcy |
| **D. Miejsce odbioru** | | | | | | | |
| biuro obsługi klienta | | drogą korespondencyjną | | | | | pocztą elektroniczną |

\*Niepotrzebne proszę skreślić.

**Karta usług APW-7**

**Zaświadczenie o represjonowaniu/repatriacji**

**Prosimy o zapoznanie się z poniższymi wskazówkami przed przystąpieniem do wypełnienia formularza**

**1. Pole A – Wnioskodawca.** Wypełnia wnioskodawca.Prosimy o czytelne wypełnienie pola.

**2. Pole B – Określenie przedmiotu zamówienia.** Wypełnia wnioskodawca. Prosimy o czytelne wypełnienie i podanie dokładnych informacji

**3. Pole C – Cel zamówienia.** Wypełnia wnioskodawca. Prosimy o dokładne określenie celu otrzymania poszukiwanych dokumentów i złożenie czytelnego podpisu.

**4. Pole D – Miejsce odbioru.** Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego kwadratu.

**5. Dokumenty niezbędne do załatwienia sprawy:**

* pełnomocnictwo w razie wnioskodawców reprezentujących osoby trzecie,
* postępowanie spadkowe w razie składania wniosku przez spadkobierców lub złożenie oświadczenia woli.

**6.** **Opłaty Skarbowe -** patrz Ustawa o opłacie skarbowej z dnia 16.11.2006 r. (DZ.U. Nr 225 poz. 1635 z póź. zm.)

* 17 PLN - za pełnomocnictwo – w przypadku złożenia pełnomocnictwa,
* 5 PLN - za potwierdzenie zgodności z oryginałem wydawanej kopii, za każdą stronę.

**Wpłaty proszę dokonać na konto Dzielnicy Śródmieście m.st. Warszawy**:

* 60 1030 1508 0000 0005 5001 0038

Wpłaty z zagranicy:

* IBAN: PL60 1030 1508 0000 0005 5001 0038
* SWIFT CODE: CITIPLPX

Opłaty skarbowe prosimy uiszczać po otrzymaniu wezwania z Archiwum do zapłaty.

**Uwaga - Do Archiwum należy dostarczyć dowód uiszczenia opłaty skarbowej na konto organu podatkowego.**

**W razie konieczności uzyskania dokumentów do celów emerytalnych, rentowych lub odszkodowawczych wnioskodawca zwolniony jest z opłat skarbowych.**

Opłaty za wykonanie kopii materiałów archiwalnych – patrz cennik usług.

**7. Termin odpowiedzi**

* Do 1 miesiąca.
* Powyżej 1 miesiąca - w razie szczególnie długotrwałych i skomplikowanych poszukiwań.

**8. Uwagi**

Wnioskodawca winien podać dane wymienione w polu B. W razie ich braku może zlecić usługę Archiwum według stawek podanych w cenniku usług. Archiwum może odmówić wykonania usługi w razie braku wystarczających danych pozwalających na przeprowadzenie poszukiwań, z przyczyn technicznych i organizacyjnych.