

…………………………., dnia …………………. 20... r.

Mazowiecki Wojewódzki Konserwator Zabytków

ul. Nowy Świat 18/20, 00-373 Warszawa

**Wnioskodawca**

………………………………………………….

*(imię i nazwisko lub nazwa jednostki organizacyjnej)\**

………………………………………………….

*(adres, tel. kontaktowy, e mail)\*a)*

**Wniosek**

**o wydanie zaleceń konserwatorskich, określających sposób korzystania z zabytku nieruchomego/ruchomego** *(niepotrzebne skreślić)***, jego zabezpieczenia i wykonania prac konserwatorskich oraz zakres dopuszczalnych zmian w tym zabytku**

Określenie zabytku …………………………………………………………………………..........................

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

*(dokładny adres obiektu, dzielnica Warszawy, ewentualnie nr działki/działek)*

Zakres planowanych prac lub zmian………………………………………………………………………..

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

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

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

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

…..….…………………………

***(czytelny podpis wnioskodawcy)***

**Załączniki:**

1. **Dokument lub oświadczenie wnioskodawcy/pełnomocnika wykazujące tytuł prawny do zabytku**. Podstawa prawna: art. 27 ustawy *o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami* (Dz. U. Nr 162, poz. 1568 ze zm.),
2. **Pełnomocnictwo** – oryginał lub poświadczona urzędowo kopia (w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik),
3. **Dowód uiszczenia opłaty skarbowej** za złożenie pełnomocnictwa - 17 zł,

na konto: **Centrum Obsługi Podatnika 21 1030 1508 0000 0005 5000 0070**  z dopiskiem "opłata skarbowa za pełnomocnictwo". Podstawa prawna: art. 1 ust. 1 pkt 2 oraz zał. cz. IV ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. Nr 225 poz. 1635 ze zm.);

1. **Inne** *(dodatkowe, wymienić jakie, np.: inwentaryzacja, dokumentacja naukowa, ekspertyza techniczna, zdjęcia, rysunki, archiwalia, itp.)*

-…………………………………………………………………………………………………………...................................

- …………………………………………………………………………………………………………..................................

- …………………………………………………………………………………………………………..................................

**OŚWIADCZENIE**

*(w przypadku braku odpowiedniego dokumentu)*

Niniejszym oświadczam, że:

**w przypadku właściciela/posiadacza:** jestem właścicielem/posiadaczem *(właściwe podkreślić)* zabytku: …………………………………………………………………………..........................................................

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

*(dokładny adres obiektu, dzielnica Warszawy, ewentualnie nr działki/działek)*

**w przypadku pełnomocnika:**

reprezentowana przeze mnie jednostka organizacyjna lub osoba fizyczna jest właścicielem/posiadaczem *(właściwe podkreślić)* zabytku: …..…………………………………………........................................................

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

*(dokładny adres obiektu, dzielnica Warszawy, ewentualnie nr działki/działek)*

Data Czytelny podpis wnioskodawcy/pełnomocnika *(niepotrzebne skreślić)*

…………………….. ………………………………………………..

\*Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych podanych w formularzu jest Mazowiecki Wojewódzki Konserwator Zabytków z siedzibą przy ul. Nowy Świat 18/20, 00-373 Warszawa, tel. 22 44 30 405, fax 22 44 30 401, e-mail: info@mwkz.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod nr. tel.: 22 44 30 432 oraz drogą elektroniczną: iod@mwkz.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań WUOZ wynikających z przepisów prawa.
4. Podanie danych jest niezbędne do prawidłowego zarejestrowania wniosku i rozpoznania sprawy, pod rygorem pozostawienia jej bez rozpoznania.
5. W przypadku wskazania nr telefonu i/lub adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne, za Państwa zgodą, którą można w dowolnym momencie wycofać. Cofnięcie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem
6. Pozostałe szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie [www.mwkz.pl](http://www.mwkz.pl)



Warszawa, dnia…………………………..

**ANKIETA**

1. Czy wniosek jest składany w związku z ubieganiem się o dofinansowanie?

TAK NIE

1. Jeśli tak, to w ramach jakiego dofinansowania?

☐ POIiŚ

☐ FEnIKS

☐ CEF

☐ CEF2

☐ inne

………………………………………….

*Podpis*

