Załącznik nr 1 do regulaminu przyznawania świadczeń

 w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**W N I O S E K**

**O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

1.Wnioskodawca (nazwisko i imię)……………………………………………………….

2. Adres zamieszkania i nr tel.:……………………………………………………………

3. Stanowisko………………………………..wymiar zajęć………………………………

4. Miejsce pracy:……………………………………………………………………………

**WÓJT GMINY**

**ZŁOTÓW**

Proszę o przyznanie zasiłku pieniężnego.

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

W załączeniu:

1/ aktualne zaświadczenie lekarskie ,

2/…………………………………………………………..

3/ ………………………………………………………….

4/ ………………………………………………………….

Oświadczam, że mój dochód (Brutto) w przeliczeniu na jednego członka rodziny wynosi : ……………….złotych.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………….., dnia………………………. …………………………….

 (podpis składającego wniosek)

OPINIA **KOMISJII :**

**……………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………..**

**Podpisy członków Komisji:**

**1)**………………………… **4**) ……………………………….

**2)**………………………… **5**) ……………………………….

**3)**……………………........ **6)** ……………………………….

**DECYZJA WÓJTA GMINY ZŁOTÓW :**

………………………………………udzielono/ nie udzielono zasiłku zdrowotnego

w wysokości……………zł (słownie:……………………………………………………..)

 ……………………………….

 (podpis Wójta Gminy)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

## o przetwarzaniu danych w związku z przyznaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, że**:**

**1. ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Złotów reprezentowana przez Wójta Gminy Złotów,

z siedzibą przy ul. Leśnej 7, 77-400 Złotów (e-mail: urzad@gminazlotow.pl, tel. 67-263-53-05, 67-263-53-06, 67-263-25-37)

**2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH:**

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Gminy Złotów może się Pani/Pan kontaktować z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH w następujący sposób:

* elektronicznie: iod@gminazlotow.pl
* telefonicznie: 67-263-53-06 wew. 119
* pisemnie: na adres siedziby Administratora danych.

**3. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z:

* ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela,
* Uchwałą Nr XXX/250/09 Rady Gminy Złotów z dnia 26 marca 2009 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i trybu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w gimnazjach, szkołach podstawowych i oddziałach przedszkolnych prowadzonych przez Gminę Złotóww celu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

**4. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH:**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (m. in. firmy świadczące usługi informatyczne, archiwizacyjne).

**5. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH:**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji określonego celu, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

**6. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ:**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

* dostępu do treści swoich danych osobowych, w tym do uzyskania kopii tych danych,
* sprostowania/poprawienia swoich danych osobowych,
* ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych,

**7. PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO:**

Gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**8. INFORMACJA O WYMOGU / DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJACH NIEPODANIA DANYCH OSOBOWYCH:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do realizacji Pani/Pana wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.

**9. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.