

Załącznik Nr 1 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przedszkola i szkół prowadzonych przez Gminę Włodowice oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

WNIOSEK o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli

WNIOSKODAWCA:

1. Nauczyciel
(imię i nazwisko/ czynny, emerytowany, przebywający na rencie)

2. Adres zamieszkania
Nr telefonu kontaktowego.....

3. Miejsce pracy
(obecne / dla emerytów byłe)

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:
.....

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

ZAŁĄCZNIKI:

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

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

- Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli czynnych, emerytów i rencistów jest Wójt Gminy Włodowice, z siedzibą: 42-421 Włodowice, ul. Krakowska 26, w imieniu którego prowadzenie spraw związanych z funduszem zdrowotnym nauczycieli prowadzi Centrum Usług Wspólnych we Włodowicach
- Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych: pisemnie na adres siedziby administratora lub poprzez e-mail: kontakt@rodo.radomsko.pl
- Dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń, a także w celach archiwalnych, na podstawie art. 6 ust 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO

- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości otrzymania wsparcia z Funduszu Zdrowotnego
- W związku z przetwarzaniem danych osobowych na podstawie przepisów prawa posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego
- **Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na tablicy informacyjnej w siedzibie Gminy Włodowice**

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora szkoły)

DECYZJA WÓJTA GMINY:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości zł
(słownie złotych:)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej (uzasadnienie).....
.....

.....
(data i podpis Wójta)