

.....

.....

.....

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że poniesione przeze mnie koszty, o dofinansowanie których wnioskuję, nie zostały objęte refundacją przez inne podmioty.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Starostwo Powiatowe w Belchatowie, ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Belchatów jest Starosta Belchatowski
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Bogdan Stachowicz – dane kontaktowe: 97-400 Belchatów, ul. Pabianicka 26, budynek B pok. 21, adres email: bstachowicz@powiat-belchatowski.pl
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art 9 ust. 2 lit. a RODO i będzie się odbywać w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej określonej w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w ust. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
7. Posiada Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.
8. 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.
9. Z uwagi na to, że przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody tj. art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w ust. 3, przy czym podanie danych jest dobrowolne. Jednakże konsekwencją niepodania danych, będzie brak możliwości realizacji czynności określonych w ust. 3.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych "RODO") wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach, w celu rozpatrzenia przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania zapomogi.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

5

- Potwierdzenie przez dyrektora szkoły/placówki oświatowej zatrudnienia nauczyciela:

☐ na rencie od

☐ na świadczeniu kompensacyjnym od

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]