Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XLVII/338/2021 Rady Miejskiej w Żywcu z dnia 30 września 2021 r.

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi zdrowotnej**

Wnioskodawca (imię i nazwisko nauczyciela) ………………………………………………

Adres zamieszkania, telefon- …………………………………………………………………

Miejsce pracy (podstawowej), dla emerytów/ rencistów byłe miejsce pracy …………………..

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

Status pracowniczy: czynny, emerytowany, przebywający na rencie\*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie wniosku:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

W załączeniu do wniosku przedkładam:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

……………………………………………………………………………………………….

Administratorem Pani/ Pana Danych Osobowych jest Miejski Zarząd Szkół i Przedszkoli w Żywcu z siedzibą Rynek 2, 34-300 Żywiec reprezentowany przez mgr Janinę Czul.

Dane Osobowe zawarte we wniosku przechowywane będą przez okres 10 lat.

Wnioskodawca ma prawo do dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu oraz do wniesienia skargi do PUODO.

Dane Osobowe Wnioskodawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

Podanie danych osobowych przez Wnioskodawcę jest dobrowolne, jednakże niezbędne w celu przyznania pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowia nauczycieli, o której mowa w art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r.- Karta Nauczyciela w związku z posiadaniem przez Panią /Pana statutu nauczyciela- emeryta/rencisty.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i w załącznikach w związku z ubieganiem się o pomoc zdrowotną   
dla nauczycieli, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

(miejscowość, data i podpis wnioskodawcy)

\*niewłaściwe skreślić