

Szczytno, dnia

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej
z Oddziałami Integracyjnymi nr 2
w Szczytnie**

**Wniosek o przyznanie zapomogi zdrowotnej
na podstawie art. 72 ust.1 i 4 Karty Nauczyciela**

1. Nazwisko i imię
2. Zajmowane stanowisko (nauczyciel czynny*/ nauczyciel emeryt*/ nauczyciel rencista*
.....)
3. Wysokość dochodu, przypadająca na członka rodziny

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

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

Potwierdzam prawidłowość danych własnoręcznym podpisem. Znane mi są przepisy Uchwały nr VII/81/07 Rady Miejskiej w Szczytnie z dnia 29 sierpnia 2007 r. w sprawie „Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Miasto Szczytno”.

Do wniosku przekładam:

1. Wysokość poniesionych kosztów leczenia tj. faktury/paragony do wglądu, spisane w załączniku nr 1 do wniosku.
2. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę przewlekłą/konieczność długotrwałego leczenia.

.....
/data i podpis wnioskodawcy/

Zaświadczenie lekarskie

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

.....
/miejsowość, data/

.....
/ pieczęć, podpis/

Decyzja

Decyzja pracodawcy uzgodniona z zakładowymi organizacjami związkowymi:

- przyznano dofinansowanie w wysokości zł*;
- wniosek załatwiono odmownie *

Podpisy Komisji:

1.
2.
3.

.....
podpis Dyrektora

Klauzula informacyjna RODO

1. Na podstawie art. 13 oraz art. 14 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) (Dz. U. UE. z 2016 r., L 119, poz. 1)

Administratorem danych osobowych jest:

Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 2, im. Wojciecha Kętrzyńskiego w Szczytnie

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD) – iod@sp2.miastoszcztyno.pl tel. 89 676 0890
kontaktować się pod adresem mail: sekretariat@sp2.miastoszcztyno.pl

3. Pani/Pana dane osobowe oraz dane dzieci będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z udzielaniem pomocy zdrowotnej nauczycielom.

4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w celu wypełnienia obowiązku prawnego Administratora Danych, zgodnie z Ustawą z 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.

5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych niezbędnych do realizacji zadań o których mowa powyżej jest obowiązkowe (wymagane na podstawie wyżej wymienionych przepisów prawa), podanie danych dodatkowych jest dobrowolne. Niepodanie danych koniecznych skutkuje niezadowolaniem sprawy.

6. Administrator Danych oraz Podmiot Przetwarzający przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie; tj. imiona i nazwisko, adres, telefon i miejsce pracy; niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.

7. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora oraz Podmiot Przetwarzający przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu oraz zgodnie z terminami archiwizacji.

określonymi przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym Rozporządzenie Prezesa 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. W przypadku przetwarzania na podstawie zgody dane będą przechowywane do chwili ustania celu w jakim została zebrana lub do wycofania zgody.

8. W związku z przetwarzaniem przekazanych danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo do dostępu danych osobowych, ich sprostowaniu, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia danych.

9. W przypadku nieprawidłowości przy przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

.....
data, podpis