**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek

1. imię i nazwisko...........................................................................................................

2. adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica)

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

3. numer telefonu.....................................

Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela :

a) nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

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

b) wymiar etatu / wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/.............................................

c) status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku (niepotrzebne skreślić):

czynny zawodowo, renta/emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Poświadczenie szkoły/placówki:

Poświadcza się, że dane odnośnie zatrudnienia są zgodne ze stanem faktycznym

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

/miejscowość, data/

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

/podpis osoby upoważnionej/

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

/pieczątka szkoły/placówki w której nauczyciel jest zatrudniony lub w której jest emerytem, rencistą, nauczycielem pobierającym świadczenie kompensacyjne/

Proszę o przyznanie mi świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

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

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wyniósł....................................zł słownie........................................................................................................

W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu zasiłku pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

1) imię i nazwisko właściciela konta..........................................................

2) numer rachunku.....................................................................................

Do wniosku załączam następujące dokumenty: (proszę wymienić)

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

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

/miejscowość, data/ / podpis wnioskodawcy/

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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:*

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wójt Gminy Głogów ul. Piaskowa 1;
67-200 Głogów tel. +48 76 836 55 55,
W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iodo@gminaglogow.pl

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie art. 6 ust 1 lit. c) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, na podstawie Ustawy
 z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz Ustawy
z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela, art. 9 ust. 2 lit b) RODO – obowiązek i szczególne prawo w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnejOdbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Dane osobowe przechowywane będą przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne w celu przyznania świadczenia, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń.

Posiada Pan/Pani prawo do:

1) dostępu do swoich danych osobowych;

2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;

3) żądania usunięcia danych, gdy:

a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,

b) dane przetwarzane są niezgodnie z prawem.

4) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:

a) osoby te kwestionują prawidłowość danych,

b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,

c) Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

5) w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe do rozpatrzenia w/w wniosku.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.