Załącznik nr 1

do Zarządzenia

Burmistrza Miasta Zakopane

Nr 204/2018

z dnia 28.08.2018r.

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

 imię i nazwisko wnioskodawcy

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

 adres

**Burmistrz Miasta Zakopane**

**za pośrednictwem**

**Dyrektora**

**………………………………. Nr …..**

**w Zakopanem**

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

 Proszę o przyznanie mi pomocy zdrowotnej w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego.

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki (zgodne z § 4 ust. 3 Regulaminu funduszu zdrowotnego stanowiącego załącznik do uchwały Nr XI/139/2011 Rady Miasta Zakopane z dnia 26 maja 2011r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz ustalenia warunków i sposobu ich przyznawania)

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

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

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

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

Zakopane, ......................................

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

podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do wniosku, dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

• Administratorem Pani/Pana danych w naszej jednostce jest Burmistrz Miasta Zakopane w Zakopanem, ul. Kościuszki 13, nr tel. (18) 20 20 419.

• W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@zakopane.eu

• Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
• Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

• Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
• Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.

• Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem
- prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.
- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Zapoznałem/Zapoznałam się z klauzulą informacyjną:

…………………………………………………………………..………………….…….
(data, podpis)

……………………………………………………………………………
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

Informacja o prawie cofnięcia zgody

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie państwa danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana /Pani zgody przed jej wycofaniem.

…………………………………………………………………..………………….…….
(data, podpis)