(Poufne po wypełnieniu) Załącznik nr 1 do Regulaminu …

WNIOSEK
O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO

……
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

……
Adres zamieszkania i nr telefonu

……
Miejsce pracy (emeryt – ostatnie miejsce pracy)

- ☐ pracownik (nauczyciel zatrudniony co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć)

- ☐ emeryt

Uzasadnienie wniosku (zaznaczyć właściwe):

- ☐ przewlekła choroba wnioskodawcy
- ☐ leczenie powypadkowe
- ☐ długotrwałe leczenie szpitalne z koniecznością kontynuowania leczenia
- ☐ długotrwałe leczenia specjalistyczne
- ☐ inne ……..……

……..……
Data i podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód na 1 członka mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie za ostatnie 3 miesiące (brutto) wynosi:
……..……. zł,

słownie złotych ……..

……..…….
Data i podpis wnioskodawcy

verte

Klauzula komisja zdrowotna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest XI Liceum Ogólnokształcące z oddziałami integracyjnymi im. Stanisława Staszica w Radomiu, ul. 11 Listopada 27, 26-600 Radom

2) Kontrakt z Inspektorem Ochrony Danych – Bartłomiej Kida - e-mail: bodo.radom@gmail.com

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań komisji zdrowotnej - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, w/w rozporządzenia, a w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. a RODO

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;

7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne niemniej niezbędne do realizacji świadczeń

9) Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich

10) Pani/Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.