Załącznik nr 1do Uchwały Nr XVIII.286.2021

Rady Gminy Skrzyszów

z dnia 24 czerwca 2021 r.

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Dane wnioskodawcy

1. Nazwisko i imię: ……………………………………………………
2. Adres zamieszkania: ………………………………………………..
3. Numer telefonu: …………………………………………………….
4. Placówka, w której wnioskodawca jest zatrudniony (nauczyciel): …………………………………………………………………………………………………
5. Placówka, w której wnioskodawca był zatrudniony (były nauczyciela na emeryturze, rencie, świadczeniu kompensacyjnym): …………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1) …………………………………………………………………………………………….

2) …………………………………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………………………………….

4) …………………………………………………………………………………………….

Przyznaną pomoc finansową proszę przekazać do wypłaty w kasie Urzędu lub na rachunek bankowy o numerze:

…………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………….

 (data i podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Urząd Gminy Skrzyszów podanych w tym wniosku moich danych osobowych, w celu jego rozpatrzenia.

 ……………………………………….

 (data i podpis wyrażającego zgodę)

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**
1.    Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Gminy Skrzyszów reprezentowany przez Wójta Gminy Skrzyszów.

2.    Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Urzędu Gminy Skrzyszów, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie Gminy Skrzyszów za pomocą adresu: iod@ug.skrzyszow.pl

3.    Urząd Gminy Skrzyszów przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4.    Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5.    Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6.    W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
a)     prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
b)     prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
c)     prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym),
d)     prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych ,

e)     prawo do przenoszenia danych,
7.     Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
8.    W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie Gminy Skrzyszów Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie
9.    Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny, lecz ich nie podanie uniemożliwia rozpatrzenie wniosku
10.    Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.