**WNIOSEK O UDZIELENIE ZAPOMOGI**

**ze środków ZFŚS utworzonego w ZSO w MCLChPiG**

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

imię i nazwisko wnioskodawcy

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

adres zamieszkania

…………………………………………….…

numer telefonu

**Zwracam się z prośbą o udzielenie:**

1. pomocy rzeczowej,
2. zapomogi finansowej.\*

**UZASADNIENIE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prośba o dofinansowanie dotyczy następujących, uprawnionych do korzystania ze świadczeń socjalnych w ramach ZFŚS, członków mojej rodziny:

1. …………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………

Przyznane świadczenie proszę przekazać na wskazane konto bankowe:

Nazwa banku: ………………………………………………………………………………….

Nr konta: ………………………………………………………………………………………………….

**Załączniki:**

1.…………………………………………………………………………………………………………………..

2. …………………………………………………………………………………………………………………..

**Należy dołączyć dowody poniesionych kosztów, np. faktury, zaświadczenia itp.**

\*właściwe podkreślić

**Klauzula informacyjna**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Szkół Ogólnokształcących w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, z siedzibą: ul. Reymonta 83/91, 05-400 Otwock
2. Dane przetwarzane są w celu realizacji świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i ich podanie jest niezbędne w zakresie określonym przepisami prawa oraz wewnętrznymi regulaminami.
3. Podstawę prawną przetwarzania stanowi Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. 1994 Nr 43 poz. 163)
4. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne.
5. Dane są przechowywane przez czas określony w przepisach prawa.
6. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;   
   i obowiązek zgłaszania administratorowi zmiany danych osobowych.
7. Osoby, których dane dotyczą, mogą kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz mają obowiązek zgłaszać do Inspektora wszelkie incydenty i naruszenia dotyczące bezpieczeństwa danych osobowych, do których przetwarzania są upoważnione. Dane kontaktowe IOD: [iodzsowmclchpig@gmail.com](mailto:iodzsowmclchpig@gmail.com)

Zapoznałem/łam się z klauzula informacyjną

…………………………………