Załącznik
do regulaminu przyznawania pomocy
zdrowotnej dla nauczycieli

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

……
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania i nr telefonu)

……
(szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony oraz wymiar zatrudnienia)

Przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w ciągu 3 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku

……
.

Uzasadnienie wniosku:

……

……

……

……

……

Wypłatę świadczenia proszę przekazać:

……
(nazwa banku i numer konta lub w przypadku braku konta adres pocztowy)

W załączeniu:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
- imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;

…… ……
miejscowość i data *podpis wnioskodawcy*

Informacja Administratora – zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Podlaskiego w Białymstoku, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1. 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl.*
2. *Dane kontaktowe inspektora ochrony danych, adres e-mail: iod@wrotapodlasia.pl.*
3. *Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia, w celu przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.*
4. *Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom prowadzącym działalność bankową, operatorowi pocztowemu lub kurierowi oraz podmiotom realizującym archiwizację, obsługę informatyczną i teleinformatyczną. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.*
5. *Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dot. archiwizacji.*
6. *Posiada Pani/Pan:*
    a. *na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;*
    b. *na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;*
    c. *na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;*
    d. *prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;*
7. *Nie przysługuje Pani/Panu:*
    a. *w związku z art. 17 ust. 3 lit. a, b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;*
    b. *prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;*
    c. *na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.*
8. *Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania jest brak możliwości przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.*
9. *Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia.*