

WNIOSEK

o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA	
DANE OSOBOWE	
Imię i nazwisko	
Nr telefonu do kontaktu	
Adres zamieszkania	
Nazwa banku	
Nr rachunku bankowego	
Miejsce zatrudnienia i wymiar etatu (wpisać wyłącznie jednostki oświatowe prowadzone przez Gminę Goleniów) ¹	
Przypadek, o którym mowa w § 5 ust. 5 Regulaminu Funduszu zdrowotnego (...) ²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
POŚWIADCZENIE STATUSU NAUCZYCIELA	
Status nauczyciela (podkreślić właściwy punkt)	1) nauczyciel emeryt 2) nauczyciel rencista 3) nauczyciel pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
..... pieczęćka szkoły miejsce, data, podpis i pieczęćka Dyrektora

Zwracam się o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z funduszu zdrowotnego.
Uzasadnienie:

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

¹ Dane będą weryfikowane przez Burmistrza Gminy Goleniów.

² Postawić znak X przy wybranej pozycji.

Do wniosku załączam*:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

*Należy dołączyć dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 Regulaminu Funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w jednostkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Goleniów oraz nauczycieli emerytów, rencistów lub nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych, w tym wynikających z przekazanych dokumentów w celu realizacji niniejszego wniosku.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) (Dz. Urz. UE z 2016 r. L 119 poz. 1) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Gminy i Miasta w Goleniowie z siedzibą pod adresem: Plac Lotników 1, 72-100 Goleniów;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Gminy i Miasta w Goleniowie pod adresem: iod@goleniow.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 rozporządzenia (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do momentu żądania ich usunięcia;
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych;
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2;
- 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Oświadczam, że przedstawione we wniosku wydatki nie są zrefundowane z innych środków publicznych.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Burmistrza Gminy Goleniów:

1. Przyznaję bezzwrotne świadczenie pieniężne z funduszu zdrowotnego w wysokości: zł.

2. Odmawiam przyznania świadczenia z funduszu zdrowotnego z powodu:
.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis Burmistrza Gminy Goleniów