

.....  
( Imię i nazwisko)

dn.....

.....  
(Adres zamieszkania, numer telefonu)

Pracownik, emeryt, rencista (prawidłowe podkreślić)

**Oświadczenie**  
**osoby uprawnionej do świadczeń z Funduszu Zdrowotnego**  
**w Szkole Podstawowej Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II**

Oświadczam, że:

1) została mi przedstawiona informacja wynikająca z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Funduszu Zdrowotnego w Szkole Podstawowej Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II.

2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z Funduszu Zdrowotnego zgodnie z przepisami. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Funduszu Zdrowotnego.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.)

Szkoła Podstawowa Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II.
- 2) Prawdliwość przetwarzania danych osobowych nadzoruje Inspektor ochrony danych – P. Izabela Remjasz, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [iod45@sp45.bialystok.pl](mailto:iod45@sp45.bialystok.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania świadczeń z Funduszu Zdrowotnego w Szkole Podstawowej Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II.
- 4) Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U. UE L119 z 4.05.2016 r.).
- 5) Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
- 6) Dane przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa w zakresie niezbędnym do realizacji określonych celów do jakich zostały zebrane.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie jednak nie później niż do wypłaty świadczenia. Cofnięcie zgody następuje na piśmie.
- 8) Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.