Wzór Nr 2

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI LOSOWEJ/SOCJALNEJ**

**Nazwisko i imię** ........................................................................................................................................

**Numer telefonu służbowego/prywatnego** ..............................................................................................

**Dział** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Ilość osób w rodzinie** …………………………………………………………………………………………………………..................

**Miesięczny dochód po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodne z ustawą
o podatku dochodowym przypadający na osobę w rodzinie w roku poprzedzającym przyznanie dopłaty wynosi:**

**…………………………… słownie: .............................................................................................................................**

**UWAGA**: miesięcznym dochodem rodziny jest: roczna suma dochodów pracownika i współmałżonka/partnera oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodne z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób w rodzinie.

**Uzasadnienie wniosku:**

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

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

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

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

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

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

Do wniosku załączam dokumenty:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że dochód w mojej rodzinie jest podany ze wszystkich źródeł utrzymania, a dane zawarte we wniosku są prawdziwe. Znane mi są przepisy Kodeksu Karnego art. 233 § 1 i 2 kk o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych, niezgodnych z rzeczywistością danych. Jednocześnie oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia dla potrzeb niezbędnych do uzyskiwania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych przez Administratora.**

Wrocław, dnia............................ ……………………………………………..

*(podpis wnioskodawcy)*

**OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ**

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu ............................. pozytywnie/ negatywnie\*) rozpatrzyła wniosek o przyznanie zapomogi losowej/socjalnej w wysokości ............................................. zł brutto.

Podpisy Członków Komisji:

1. …………………………………………………..
2. …………………………………………………..
3. …………………………………………………..
4. …………………………………………………..

**AKCEPTACJA PRACODAWCY**

……………………………………………..

*(Dyrektor lub osoba upoważniona)*

*\*) niepotrzebne skreślić*

*\*\*) druk dwustronny*

..................................................................... Wrocław, dnia ………………………..…….

(nazwisko i imię)

…………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie
osoby uprawnionej do świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych
Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu**

Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
dla potrzeb niezbędnych do uzyskiwania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń przez Administratora- Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu z siedzibą ul. Krasińskiego 1, 50-954 Wrocław zgodnie
z przepisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016r.) zwanego dalej „RODO” do momentu pisemnego wycofania zgody.

Potwierdzam, że zostałem poinformowany o prawie do ochrony tych danych a także do dostępu i wglądu
w te dane oraz ograniczenia przetwarzania, wycofania zgody w każdym czasie jak również o prawie żądania dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania i możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Oświadczam, że zostałem poinformowany również o tym, że:

1) Moje dane osobowe przetwarzane będą tylko i wyłącznie w celu realizacji praw i obowiązków wynikających
z możliwością uzyskania świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych u Administratora,
na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO, a przetwarzającym moje dane osobowe będzie Administrator.

2) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania stosunku pracy a także po jego ustaniu
w obowiązkowym w okresie przechowywania dokumentacji i okresem przedawnienia– 3 lat oraz dokumentacji płacowej, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami– 5 lat.

3) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym: ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji obowiązków w zakresie udzielania świadczeń na podstawie obowiązującego regulaminu zfśs
i obowiązujących przepisów ustawy o zfśs i związanych z nią obowiązków podatkowo-składkowych.

4) Mam prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

……….…………………………………….

(podpis uprawnionego do zfśs)