

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU DLA PRACOWNIKA I DZIECI
ZE ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Nazwisko i imię

Numer telefonu służbowego/prywatnego

Dział

Data urlopu wypoczynkowego

- A.** Dofinansowanie wypoczynku organizowanego we własnym zakresie.
B. Refundacja kosztu wypoczynku zorganizowanego przez uprawnioną instytucję dla dzieci i młodzieży.

Stan rodziny pracownika:

L.P.	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA DZIECKA	FORMA WYPOCZYNKU Z PKT. /A, B/
1.	pracownik		-----	
2.	współmałżonek/partner		-----	
3.	dziecko			
4.	dziecko			
5.	dziecko			



Oświadczam, że dochód na 1 członka mojej rodziny za trzy miesiące poprzedzające złożenie wniosku wynosi (zaznaczyć właściwe pole wpisując X):

Tabela dofinansowania do wypoczynku pracownika:

Wysokość dochodu na podstawie Regulaminu (w zł)	Kwota dofinansowania brutto (w zł)	Zaznacz właściwe pole „X”
do 4500,00	1200,00	
4500,00 – 6000,00	1100,00	
pow. 6000,00	1000,00	

Tabela dofinansowania do świadczeń dzieci i młodzieży

Wysokość dochodu na podstawie Regulaminu (w zł)	Kwota dofinansowania brutto (w zł)	Zaznacz właściwe pole „X”
do 4500,00	500,00	
4500,00 – 6000,00	450,00	
pow. 6000,00	400,00	

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 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 dofinansowania do wypoczynku 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 przetwarzając 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 uznaję, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
(podpis uprawnionego do ZFŚS)

