

**WNIOSEK O JEDNORAZOWEJ, FINANSOWEJ POMOCY ŚWIĄTECZNEJ DLA PRACOWNIKA
ZE ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Nazwisko i imię

Numer telefonu służbowego/prywatnego

Dział

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

Wysokość dochodu na podstawie Regulaminu (w zł)	Kwota dofinansowania brutto (w zł)	Zaznacz właściwe pole „X”
do 4500,00	550,00	
4500,00 – 6000,00	500,00	
pow. 6000,00	450,00	

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)

..... 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 uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
(podpis uprawnionego do ZFŚS)

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu pozytywnie/ negatywnie*) rozpatrzyła wniosek o przyznanie jednorazowej, finansowej pomocy świątecznej w wysokości zł brutto.

Podpisy Członków Komisji:

1.
2.
3.
4.

AKCEPTACJA PRACODAWCY

.....

(Dyrektor lub osoba upoważniona)

**) niepotrzebne skreślić*

****) druk dwustronny*