……………………………………………

**IMIĘ I NAZWISKO**

……………………………………………

 **MIEJSCE PRACY ( JEDN. ORGANIZACYJNA)**

**/ EMERYT / RENCISTA**

……………………………………………

**TELEFON / ADRES E-MAIL**

**WNIOSEK**

**o przyznanie dofinansowania do wypoczynku w okresie ferii zimowych**

1. Wnioskuję o przyznanie częściowej refundacji kosztów obozu zimowego dla niżej wymienionych moich dzieci, które nie ukończyły 18 roku życia, uczą się i pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko dziecka | data urodzenia |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

1. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto (ze wszystkich źródeł zarobkowania) na osobę w moim gospodarstwie domowym w roku ubiegłym wynosił:

*(proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *odpowiedni wariant)*

[ ]  do 2.000 zł brutto/os.

[ ]  od 2.001 do 4.500 zł brutto/os.

[ ]  od 4.501 do 6.000 zł brutto/os.

[ ]  od 6.001 do 7.000 zł brutto/os.

[ ]  od 7.001 do 9.000 zł brutto/os.

[ ]  powyżej 9.001 zł brutto/os.

1. Przyznane świadczenie proszę przekazać:

*(proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *odpowiedni wariant)*

☐ na rachunek bankowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer rachunku bankowego

☐ na adres domowy (dotyczy emeryta/rencisty)

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Do wniosku załączam imienny dokument potwierdzający poniesione wydatki, tj.…………………………….. (proszę wskazać rodzaj dokumentu załączonego do wniosku, np. faktura, nota księgowa, itp.)
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zamieszczoną na odwrocie wniosku oraz Regulaminem ZFŚS. Świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) potwierdzam prawdziwość wyżej przedstawionych danych.

 ……...........................................

 data i podpis wnioskodawcy

 **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych – RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z siedzibą przy Wybrzeżu Pasteura 1, 50-367 Wrocław, zwany dalej „Administratorem”, reprezentowanym przez Rektora;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@umw.edu.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach: rozpatrzenia wniosku i/lub przyznania świadczeń wypłacanych na wniosek ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest: ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 288) oraz Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu;
5. Administrator nie udostępnia Pani/Pana danych osobowych żadnym odbiorcom, z wyjątkiem przypadków, gdy obowiązek taki wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
6. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w imieniu Administratora;
7. Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe przez okres procedowania w sprawie przyznania świadczeń wypłacanych ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i/lub wypłaty przedmiotowych świadczeń, a następnie przez okres wymagany na podstawie obowiązujących przepisów dla wykonywania obowiązków archiwizacyjnych;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo odstępu od treści swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku podejrzenia, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa;
10. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne a niepodanie danych będzie skutkowało pozostawieniem wniosku o przyznanie świadczeń finansowanych z ZFŚS bez rozpatrzenia i/lub niemożnością wypłaty przedmiotowych świadczeń;
11. Administrator nie stosuje podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym „profilowania” danych, o którym mowa w art. 4 pkt 4) RODO, co oznacza formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej.