……………………………………………………

**IMIĘ I NAZWISKO**

……………………………………………………

**MIEJSCE PRACY ( JEDN. ORGANIZACYJNA)**

**EMERYT/ RENCISTA**

…………………………………………………..

**TELEFON/ ADRES E-MAIL**

**WNIOSEK**

**o przyznanie dofinansowania do aktywności sportowo-rekreacyjnej**

1. Wnioskuję o przyznanie refundacji części kosztów zakupu **jednego/dwóch**[[1]](#footnote-1)karnetów na zajęcia sportowe na podstawie załączonej imiennej faktury/faktur

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

za I semestr roku akademickiego ……………………..

za II semestr roku akademickiego ……………………..

dla mnie i/lub niżej wymienionych członków mojej rodziny :

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

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

(proszę podać imię i nazwisko, datę urodzenia oraz stopień pokrewieństwa)

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 4.500 zł brutto/os.

od 4.501 zł brutto/os. do 7.000 zł brutto/os.

powyżej 7.001 zł brutto/os.

1. Przyznane świadczenie proszę przekazać **(wypełnia tylko emeryt/rencista Uczelni2)** :

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

☐ na rachunek bankowy podany poniżej

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

numer rachunku bankowego

jeżeli numer rachunku bankowego się nie zmienił proszę zakreślić: **Został podany**

☐ na adres zamieszkania

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

1. 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

UWAGA: **o dofinansowanie do aktywności sportowo-rekreacyjnej można ubiegać się dla siebie oraz osób uprawnionych do korzystania z Funduszu, wskazanych w § 5 ust. 2 Regulaminu ZFŚS.**

**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](mailto: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.

1. Niewłaściwe skreślić

   2 **W przypadku pracowników, świadczenie jest przekazywane w taki sam sposób jak wynagrodzenie za pracę.** [↑](#footnote-ref-1)