***Załącznik nr 4***

Katowice, dnia ……………. 20 …. roku.

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

(pieczątka daty wpływu )

**WNIOSEK**

**o przyznanie zapomogi losowej ze środków ZFŚS
w Zespole Szkół nr 3 w Katowicach**

***Nazwisko i imię:*** ……….…………………………………………………………………………...

***Adres zamieszkania:*** ………………………………………………………………………………..

***Telefon kontaktowy:*** ………………………………....……….……….……….……….……….….

***Stanowisko w przypadku aktualnie pracujących:***

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

***Nr świadczenie rentowego/emerytalnego w przypadku emerytów/rencistów***

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

***Nr konta bankowego w przypadku emerytów/rencistów***

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

***Ostatnio przyznane świadczenie (rok)*** …..……….…………………………………………………

**WNIOSEK**

**o przyznanie zapomogi losowej**

**Uzasadnienie:** .....................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Oświadczenie pracownika lub emeryta – rencisty o dochodach w rodzinie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wykaz członków****rodziny** | **Stopień****pokrewieństwa** | **Data****urodzenia****dziecka** | **W przypadku dzieci****uczących się nazwa****szkoły / uczelni** |
| **1.** |  | wnioskodawca |  |  |
| **2.** |  | małżonek |  |  |
| **3.** |  | córka/syn |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

**Ja, niżej podpisana/y (*wypełniają* *tylko emeryci i renciści) ………………………………………***

**informuję, że poza emeryturą – rentą nie mam dochodów z innych źródeł.**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej art. 247 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane informacje są prawdziwe.

.................………………………………………

***(Podpis pracownika lub emeryta)***

*Załączniki****:***

1. *W przypadku zapomogi losowej zaświadczenie właściwej instytucji (np. policji, straży pożarnej).*
2. *W przypadku długotrwałej choroby pracowników informacji od lekarza dotycząca stanu zdrowia i kosztów leczenia.*

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku
z korzystaniem z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół nr 3 w Katowicach.

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

(data i podpis wnioskującego)

Podstawa prawna:

Zgodnie z zapisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz 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. informuję, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Szkół nr 3 w Katowicach mieszczący się przy ul. Bolesława Chrobrego 4;
2. Dane osobowe Pani /Pana przetwarzane będą w związku z korzystaniem przez Panią/Pana z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół nr 3 w Katowicach;
3. Posiada Pani/Pan prawo do żądanie dostępu do danych osobowych oraz poprawianie danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
4. Podanie Zespołowi Szkół nr 3 w Katowicach danych osobowych jest dobrowolne.
5. Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.
6. Przysługuje Pani/Panu skarga do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Agata Krystek - Jadwiżuk (kontakt do inspektora: iod@jednostki.cuw.katowice.pl, tel.606-13-28).

**Decyzja pracodawcy o przyznaniu zapomogi**

Przyznaję zapomogę Pani/Panu..............................................................................................................

w wysokość ……………… zł (słownie: …………………………..……………………… złotych)

***Uzgodniono z zakładowymi organizacjami związkowymi:***

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

***Podpis pracodawcy***

Katowice, dnia ………….. 20….. roku.

**Decyzja pracodawcy o odmowie udzielenia zapomogi**

Odmawiam udzielenia zapomogi Pani/Panu ..........................................................................................

Odmowę uzasadniam tym, że ................................................................................................................

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

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

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

*(Podać przyczynę odmowy, zgodnie z przepisami Regulaminu ZFŚS)*

***Uzgodniono z zakładowymi organizacjami związkowymi:***

Katowice, dnia ………….. 20….. roku. ***Podpis pracodawcy***