

# PODANIE O ZAPOMOGE ZDROWOTNA Z ART. 72 KARTY NAUCZYCIELA

1. Imię i nazwisko .....
2. Nazwa i adres szkoły .....
3. Zatrudniona/y w charakterze .....
4. Łączny miesięczny średni dochód z ostatnich 3 miesięcy przypadający na 1 członka rodziny  
.....
5. Uzasadnienie podania: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Numer konta bankowego, na które wpłacić zapomogę

.....

(podać aktualny numer konta bankowego- dotyczy emerytów, rencistów)

## Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/We (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach procesu uzyskania zapomogi zdrowotnej jest Zespół Szkół Zawodowych im. R. Mielczarskiego w Katowicach
- 2) Kontakt z inspektorem ochrony danych w szkole jest możliwy pod numerem telefonu 32 254 30 48 lub mailowo [sekretariat@mielczarski.katowice.pl](mailto:sekretariat@mielczarski.katowice.pl)
- 3) Dane osobowe osób składających wnioski oraz członków ich rodzin będą przetwarzane w celu wydania decyzji o przyznaniu zapomogi zdrowotnej.
- 4) Odbiorcą danych zawartych we wniosku może być Centrum Usług Wspólnych w Katowicach
- 5) Dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat od złożenia wniosku.
- 6) Wnioskodawcy przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych)
- 7) Podanie danych zawartych w niniejszym wniosku nie jest obowiązkowe, jednak jest warunkiem umożliwiającym ubieganie się o zapomogę zdrowotną.

Katowice, dnia .....

.....

podpis

6. Poświadczenie lekarza, przychodni, szpitala /pieczęćka podłużna/.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Opinia Komisji

Na posiedzeniu w dniu .....Komisja pozytywnie/negatywnie  
zaopiniowała podanie o zapomogę zdrowotną Pana/Pani

.....

Podpisy Komisji: .....

.....

.....

8. Decyzja dyrektora:

.....

.....

.....

Katowice, dnia .....

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

Załączniki: udokumentowane wydatki poniesione na leczenie, na zakup lekarstw, itp.