…………………………………………………………..

/miejscowość, data/

Burmistrz Miasta i Gminy Kórnik

Plac Niepodległości 1

62-035 Kórnik

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  | | |
| **NR TELEFONU** |  | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** |  | | |
|  | | | |
| **WNIOSEK DOTYCZY[[1]](#footnote-1)** | * **NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO** * **NAUCZYCIELA: EMERYTA/RENCISTY/OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE** | | |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA / OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA** |  | | |
| **WYMIAR ZATRUDNIENIA** |  | | |
| **POTWIERDZENIE PRZEZ SZKOŁĘ/PLACÓWKĘ WYMIARU I MIEJSCA ZATRUDNIAENIA NAUCZYCIELA** | ……………………………..  /wymiar etatu/ | ………………………………………………..  /pieczęć szkoły/ placówki/ | |
|  | |  | |
| **SYTUACJA MATERIALNA WNIOSKODAWCY** | | | |
| WYSOKOŚĆ DOCHODU (BRUTTO) PRZYPADAJĄCEGO NA CZŁONKA RODZINY NAUCZYCIELA Z OSTATNICH TRZECH MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH TERMIN ZŁOŻENIA WNIOSKU O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ | | | …………………………. BRUTTO |
| **LICZBA OSÓB W RODZINE** |  | | |
|  | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU BANKOWEGO**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **NR RACHUNKU BANKOWEGO:**  **…………………………………………………………………………………………………………………….** | | | |
| **UZASADNIENIE:** | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI[[2]](#footnote-2) :** | * Zaświadczenie lekarskie o chorobie, wystawione w okresie trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej; * Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia; * Dokumenty potwierdzające poniesione koszty pobytu na turnusie lub koszty leczenia uzdrowiskowego; * Dokument potwierdzający koszt zakupu okularów, szkieł kontaktowych czy sprzętu do rehabilitacji; * Oświadczenie o wysokości dochodu (brutto) przypadającego na członka rodziny nauczyciela z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej; | | |
| **……………………………………….**  **MIEJSCOWOŚĆ, DATA** | **………………………………………..**  **PODPIS WNIOSKODAWCY** | | |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** | Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia  o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:   1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto i Gmina Kórnik, reprezentowana przez Burmistrza Miasta i Gminy Kórnik z siedzibą plac Niepodległości 1, 62-035 Kórnik; 2. kontakt do inspektora ochrony danych: nr telefonu  61 8170-411 wew. 672, adres poczty elektronicznej: [abi@umig.kornik.pl](mailto:abi@umig.kornik.pl%20)  lub pisemnie na adres siedziby Urzędu wskazany w pkt 1. 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli na podstawie art. 72 ustawy Karta nauczyciela oraz na podstawie Uchwały nr LXII/922/2023 z 29.11.2023 r. w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje, warunki i sposób przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Miasto i Gminę Kórnik; 4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi zawarto umowę o świadczenie usługi pomocy prawnej.   Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi Administrator Danych Osobowych zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowanych w Urzędzie systemów informatycznych;   1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej; 2. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do realizacji celów przetwarzania danych osobowych oraz w celach archiwalnych na zasadach określonych według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej. 3. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu; 4. ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych); 5. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak rozpatrzenia wniosku; 6. **dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą też poddawane procesowi profilowania**   .......................................................  /DATA I PODPIS/ | | |

1. WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ [↑](#footnote-ref-1)
2. WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ [↑](#footnote-ref-2)