#### W N I O S E K

(o przyznanie świadczenia socjalnego)

A.

Nazwisko i imię wnioskodawcy ...........................................................................................................

Pracuję od dnia...............................na stanowisku.................................................................................

Adres zamieszkania wnioskodawcy .....................................................................................................

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

telefon ...................................................................................................................................................

Proszę o przyznanie mi i mojej rodzinie\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię  członka rodziny | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Inne uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych ( rodzaj świadczenia ):

* dofinansowanie do wypoczynku letniego \*
* świadczenie świąteczne \*
* inne świadczenie - ...............................................................................................................................\*

B.

Oświadczenie wnioskodawcy :

Ja,niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że w okresie 20..... roku średnia łącznego dochodu netto wszystkich członków mojej rodziny, wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, zgodnie z zeznaniem podatkowym rocznym PIT\* w przeliczeniu na jedną osobę miesięcznie wynosiła ..................... zł (netto). \*•

C.

Inne informacje uzupełniające**:** .............................................................................................................

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

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnym podpisem, świadomy odpowiedzialności regulaminowej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez zakład pracy.

Załączniki:

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

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

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 i art. 14 ust. 1 i 2 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 [RODO], informuję, że:

* 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Zielonogórski, 65-417 Zielona Góra, ul. Licealna 9; REGON 977924147; tel. 683282000, fax: 683270735; [www.uz.zgora.pl](http://www.uz.zgora.pl).
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych przez e-mail: [IOD@adm.uz.zgora.pl](mailto:IOD@adm.uz.zgora.pl) lub telefonicznie tel. 603474724.
  3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla celów: naliczania i realizacji świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, archiwalnych, statystycznych, uaktualniania bazy, wysyłania korespondencji, rezerwowania pobytu i meldowania w ośrodkach wypoczynkowych UZ, wystawiania skierowań, w razie potrzeby wystawiania faktur, czy wysyłania korespondencji itp.
  4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w zw. z art. 144 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Ustawą z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych oraz Regulaminem ZFŚS w Uniwersytecie Zielonogórski.
  5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
  6. Dane nie będą udostępniane innym podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
  7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
  8. Przysługuje Pani/Panu prawo:
  9. dostępu do swoich danych osobowych (na podstawie art. 15 RODO),
  10. sprostowania swoich danych osobowych (na podstawie art. 16 RODO),
  11. usunięcia swoich danych osobowych (na podstawie art. 17 RODO),
  12. żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO; prawo ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego,
  13. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
  14. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit. a lub art.9 ust.2 lit a RODO (zgoda osoby), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej, na adres Administratora lub elektronicznie na adres mailowy: [IOD@adm.uz.zgora.pl](mailto:IOD@adm.uz.zgora.pl).
  15. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

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

(data i podpis wnioskodawcy)

adnotacje Działu Socjalnego

o przyznaniu świadczenia

i dofinansowaniu z Funduszu

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

( data i podpis pracownika socjalnego)

\* niepotrzebne skreślić

\*• przychód bez podatku oraz składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne