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

 / imię i nazwisko/

…………………………………………..

 /adres zamieszkania/

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

 /numer telefonu/

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 3

im. Bolesława Krzywoustego

w Białogardzie

WNIOSEK

O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU PRACOWNIKA/EMERYTA

Proszę o przyznanie mi dofinansowania wypoczynku organizowanego w formie:

- *we własnym zakresie*:

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

 /Data, własnoręczny podpis/

**Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych**

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym że:

Zgodnie z art. 13 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 (04.05.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL), zwanego dalej RODO, informuję że:

1. Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa Nr 3 im. Bolesława Krzywoustego, ul. Chopina 8, 78-200 Białogard, tel.: 723 221 668, e-mail: sp3@bialogard.info.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Szkole Podstawowej Nr 3 im. Bolesława Krzywoustego w Białogardzie możliwy jest pod numerem tel.: 723 221 671 lub adresem e-mail: sp3@bialogard.info.
3. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji zadań Administratora danych osobowych w związku z prowadzoną przez niego działalnością socjalną.
4. Podstawą prawną do przetwarzania danych osobowych jest art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1316, z późn. zm.) oraz art. 22¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.), w związku z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
5. Odbiorcami danych osobowych są osoby upoważnione przez Administratora danych osobowych do przetwarzania danych osobowych.
6. Dane osobowe są przechowywane przez okres 5 lat.
7. Posiada Pani/Pan\* prawo do żądania od Administratora danych osobowych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu\* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Udostępnienie danych osobowych jest konieczne do skorzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

……………………...

 (data i podpis wnioskodawcy)

**DECYZJA**

**DYREKTORA SZKOŁY W SPRAWIE PRZYZNANIA LUB ODMOWY**

**DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU PRACOWNIKA/EMERYTA**

Przyznano/nie przyznano\* świadczenie socjalne w wysokości ………………złotych /słownie:………………………………………………………………………………………, zgodnie z tabelą obowiązującą na rok ………..

Podpisy Komisji:

1/ ………………………………

2/ ………………………………

3/ ………………………………

 Zatwierdzam

 ….…………………………………

 /data, pieczęć imienna i podpis Dyrektora szkoły/

\*niepotrzebne skreślić