

**Załącznik nr 1**

*do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z pomocy zdrowotnej, zatrudnionych w Zakładzie Poprawczym w Poznaniu*

Poznań, .....

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Stanowisko: .....

Oświadczam, że:

1. Zostałam/em zapoznana/y z klauzulą informacyjną zgodną z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego RODO o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny, w celu korzystania ze świadczeń przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z pomocy zdrowotnej zatrudnionych w Zakładzie Poprawczym w Poznaniu.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z Funduszu Zdrowotnego, zgodnie z przepisami. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Zakład Poprawczy w Poznaniu z siedzibą przy ul. Wągrowskiej 9, 61-396 Poznań. Posiadam wiedzę, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zastały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z pomocy zdrowotnej, zatrudnionych w Zakładzie Poprawczym w Poznaniu. Regulamin gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z pomocy zdrowotnej, zatrudnionych w Zakładzie Poprawczym w Poznaniu został opracowany na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela.

.....

*( podpis wnioskodawcy)*

## **WNIOSEK O ZAPOMOGE ZDROWOTNA Z ART. 72 USTAWY KARTA NAUCZYCIELA**

### **I. Dane osobowe:**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Dokładna nazwa placówki i adres: .....

3. Adres domowy z kodem: .....

4. Zatrudniona/y w charakterze .....

w wymiarze .....

*(dotyczy pracownika)*

5. Byłam/em zatrudniona/y w charakterze .....  
w wymiarze .....  
(dotyczy emeryta lub rencisty)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**II. Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc złożenia wniosku ze wszystkich źródeł w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie wnioskodawcy wynosi.....(słownie .....).
2. Kiedy wnioskodawca korzystał z podobnego świadczenia.....

**III. Uzasadnienie wniosku (opis choroby, przebieg leczenia).**

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

**IV. Załączniki potwierdzające leczenie i poniesione koszty:**

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

**V. Potwierdzenie wymiaru zatrudnienia:**

Potwierdzenie zatrudnienia nauczyciela przez Dyrektora Zakładu:

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć)

## VI. Opinia komisji i proponowana wysokość zapomogi zdrowotnej.

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

Podpisy komisji:

1. Członek komisji: .....
2. Członek komisji:.....
3. Członek komisji:.....

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( podpis przewodniczącego)

## VII. Decyzja Dyrektora Zakładu Poprawczego w Poznaniu (niepotrzebne skreślić)

- Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości .....zł  
( słownie .....).
- Odmawiam przyznania świadczenia zdrowotnego.

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( podpis i pieczęć)