

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany/a wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych (danych dotyczących mojego zdrowia) zawartych we wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej w celu przyznania bezwrotnego świadczenia pomocy zdrowotnej.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna Pomoc zdrowotna

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest **Zespół Szkół Ekonomicznych im. Karola Adamickiego** z siedzibą; 41-300 Dąbrowa Górnicza, Al. J. Piłsudskiego 5 reprezentowany przez **Dyrektora mgr Tomasz Woźniak**
- 2) Inspektorem ochrony danych jest Pan Łukasz Więckowski, adres email: biuro@lumiconsulting.pl, Tel. 503 038 001;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
 - rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej
 - organizacji wypłaty świadczeń,
 - dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku, wypłaty świadczeń oraz rozliczeń rocznych
 - kontroli nad wydatkowaniem środków
 - ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnychna podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) i b) RODO w związku z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.);
- 4) dane osobowe osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej są przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa, rozliczenia rocznego oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego;
- 5) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych są:
 - osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych,
 - podmioty, którym Administrator zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych (podmioty przetwarzające);
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem;
- 7) ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów skorzystania ze świadczeń uprawniających do przyznania zapomogi zdrowotnej;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazywane do państwa trzeciego;

.....
(podpis administratora danych)

.....
(data i czytelny podpis pracownika)