Wydział Edukacji
pok. 116
tel.: 32 397 65 96, 32 397 65 68, fax: 32 397 65 97
siedziba Wydziału: Bytom, ul. Smolenia 35
41-902 Bytom, ul. Parkowa 2
tel. 32 281 20 51, www.bytom.pl
Adres do e-Doręczeń: AE:PL-16527-12831-GCECH-14
Urząd Miejski
w Bytomiu

WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI CZYNNYCH, EMERYTÓW I RENCISTÓW

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer telefonu* .....
5. Numer rachunku bankowego .....
6. Miejsce pracy .....
7. Stanowisko wraz z określeniem wymiaru godzin .....
   .....
8. Wysokość wynagrodzenia nauczyciela, wynikająca ze wszystkich źródeł (miesięcznie) potwierdzona przez księgowość lub decyzją ZUS .....
   .....
9. Uzasadnienie wniosku .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

..... (miejscowość) ..... (data) ..... (podpis wnioskodawcy)**

10. Potwierdzenie świadczenia pracy uprawniającej do otrzymania świadczenia

Potwierdzam, iż nauczyciel, którego wniosek dotyczy spełnia warunek konieczny do uzyskania zasiłku na pomoc zdrowotną zgodnie z §3 Regulaminu dysponowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla korzystających z opieki zdrowotnej nauczycieli szkół i placówek oświatowych, których organem prowadzącym jest Gmina i Miasto Bytom, będącego załącznikiem do uchwały nr VII/80/07 Rady Miejskiej w Bytomiu z dnia 20 marca 2007 r.

.....
(podpis dyrektora placówki oświatowej)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących numer telefonu kontaktowego w celu przekazywania istotnych informacji w ramach prowadzonej sprawy.

** w przypadku, gdy z wnioskiem występuje dyrektor szkoły lub placówki, rada pedagogiczna, organ prowadzący lub organizacja związkowa, podpis składa upoważniony przedstawiciel

11. Informacja lekarza o obecnym stanie zdrowia nauczyciela .....
.....
.....
.....
.....
.....

....
(data) (podpis i pieczęć)

DECYZJA KOMISJI

Komisja na posiedzeniu w dniu ..... przyznała zasiłek w kwocie ..... zł, słownie .....
.....

Komisja na posiedzeniu w dniu ..... nie przyznała zasiłku.

UZASADNIENIE

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

Podpisy członków komisji:

1. ..... 3. .....

2. ..... 4. .....

Administratorem danych osobowych w Urzędzie Miejskim w Bytomiu jest **Prezydent Miasta Bytomia**
41-902 Bytom ul. Parkowa 2

Dane kontaktowe **Inspektora IOD**:
Urząd Miejski Bytom ul. Parkowa 2, mail: pi@um.bytom.pl

Dane osobowe są przetwarzane przez Administratora danych:
1/ w celu realizacji zadań Administratora na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz uchwały nr VII/80/07 Rady Miejskiej w Bytomiu z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie ustalenia regulaminu dysponowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla korzystających z opieki zdrowotnej nauczycieli szkół i placówek oświatowych, których organem prowadzącym jest Gmina i Miasto Bytom;
2/ odbiorcami danych osobowych jest Komisja do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie zasiłku na pomoc zdrowotną dla nauczycieli czynnych, emerytów i rencistów zgodnie z uchwałą Rady Miejskiej w Bytomiu, podmioty obsługujące system informatyczny Urzędu Miejskiego w Bytomiu;
3/ dane osobowe będą przetwarzane przez czas określony przepisami prawa - Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt;
4/ osoba której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych jego dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (UE 2016/679);
5/ dane osobowe nie będą podlegać decyzji, która opiera się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
6/ podawanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w celu realizacji zadań objętych przepisami prawa niezbędne.