

**WNIOSEK**  
**o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną**  
**Informacje ogólne**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

2. Adres zamieszkania, telefon

.....

3. Szkoła/placówka oświatowa, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

.....

4 Oświadczenie Dyrektora szkoły/placówki potwierdzające, że nauczyciel jest/był pracownikiem szkoły/placówki oświatowej prowadzonej przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis osoby potwierdzającej)

**I. Wniosek**

Proszę o udzielenie mi świadczenia na pomoc zdrowotną z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

Wypłatę świadczenia proszę przekazać na:

.....

**II. Informacje uprawnionego**

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia.
- 2) Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....

(miejscowość, dnia)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk).

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

## INFORMACJA

**w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dane dotyczą**

Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

- 2) Urząd działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
- 3) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl);
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu:

rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymującym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego;

- 5) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 6) Podawane dane będą przechowywane w Urzędzie przez okres ustalony na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.);
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, a także do ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 6 niniejszej informacji;
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie Urzędu wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 12) Urząd nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Niniejszą informację przygotowano w dwóch egzemplarzach, jednym dla Urzędu, drugim dla osoby, której dane dotyczą.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

.....  
(miejscość, data)

.....  
(podpis osoby, której dane dotyczą)

## ZGODA

**na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:

Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymującym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby, której dane dotyczą)