Załącznik nr 1

do uchwały nr …………………….…/21

Rady Powiatu w Makowie Mazowieckim

z dnia ……………………….........2021 r.

…………..…………………………....

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

……………..…………………………

………………………………………..

Adres zamieszkania i nr telefonu kontaktowego

…………………………………………………

…………………..……………………

Szkoła, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

**Starosta Makowski**

**ul. Rynek 1**

**06 - 200 Maków Mazowiecki**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej  
 w kwocie: ………………………………………………………………………………………

(wnioskowana kwota)

**Uzasadnienie wniosku:**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1.…………………………………………………………………………………………………

2.…………………………………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………………….

4.…………………………………………………………………………………………………5………………………………………………………………………………………………….

inne………………………………………………………………………………………………

Środki finansowe należy przekazać na konto:

………………………………………………………………………………………………….

(numer rachunku bankowego)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

**Oświadczam, że wysokość dochodu brutto przypadająca miesięcznie na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi:**

…………………………………………zł

..…….…….………………………………….

(data, czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Informacja:**

Stosownie do przepisu art. 91b ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela

(Dz.U. z 2021 r., poz.1762, z późn. zm.) pomoc zdrowotna nie przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wymiarze niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć.

**Decyzja Starosty Makowskiego**

\*Przyznaję pomoc zdrowotną/\*nie przyznaję pomocy zdrowotnej w kwocie:

……………………. zł brutto

……………………………………..

data i podpis Starosty Makowskiego

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2

do uchwały nr …………………….…/21

Rady Powiatu w Makowie Mazowieckim

z dnia ……………………….........2021 r.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:**

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Makowski, adres:  
   ul. Rynek 1, 06-200 Maków Mazowiecki;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [starostwo@powiat-makowski.pl](mailto:starostwo@powiat-makowski.pl);
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego oraz ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

**Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:**

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z 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;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. w przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa załatwienia sprawy przez administratora;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Niniejszym potwierdzam zapoznanie się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych – numer telefonu przez administratora, tj. Starostę Makowskiego, adres: ul. Rynek 1, 06-200 Maków Mazowiecki, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

…..……………………………………

data i podpis Wnioskodawcy