

# 1. ZGODA EMERYTA / RENCISTY NA WYKORZYSTANIE E-MAILA, TELEFONU, KONTA BANKOWEGO

OŚWIADCZENIE			
Ja, niżej podpisany:			
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego adresu e-mail w celu przekazywania mi informacji drogą elektroniczną w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną.			
.....			
(adres e-mail)			
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego numeru telefonu			
.....			
(numer telefonu)			
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego numeru konta bankowego w celu wpłacania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz ZFŚS.			
.....			
(numer konta bankowego)			
przez <b>Zespół Szkół Zawodowych i Ogólnokształcących</b> z siedzibą w <b>Kartuzach, ul. Wzgórze Wolności 3.</b>			
Zostałam/em poinformowana/y na podstawie 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, że:			
Administratorem danych osobowych jest	<b>Zespół Szkół Zawodowych i Ogólnokształcących, ul. Wzgórze Wolności 3, 83-300 Kartuzy</b>		
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	<b>Mateusz Woźniak</b> e-mail: <b>iod@zszio.k.edu.pl</b>		
Celem przetwarzania jest	Realizacja zadań byłego pracodawcy w zakresie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz ZFŚS		
Podstawą przetwarzania jest	Zgoda osoby, której dane dotyczą. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela. Regulamin Udzielania Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli. Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych. Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.		
Odbiorcami danych osobowych są	ZOPO oraz wskazany przeze mnie bank (w zakresie konta bankowego). Urząd skarbowy.		
Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.			
Moje dane osobowe będą przechowywane przez 5 lat i 3 m-ce od zakończenia roku rozliczeniowego, w którym nastąpiła wypłata świadczenia. W zakresie danych, na które została wyrażona zgoda, do dnia wycofania się ze zgody.			
Ze zgody mogę wycofać się w każdej chwili. Wycofanie się ze zgody należy złożyć pisemnie do administratora. Wycofanie się ze zgody wiąże się z brakiem możliwości przetwarzania moich danych.			
Mam prawo do: ochrony danych osobowych; wyrażenia i cofnięcia zgody; informacji; dostępu do danych; sprostowania danych; bycia zapomnianym; ograniczenia przetwarzania; powiadomienia o sprostowaniu, usunięciu lub ograniczeniu przetwarzania danych; niepodleganiu zautomatyzowanemu przetwarzaniu danych; kontaktu z IOD; odszkodowania za szkodę majątkową lub niemajątkową oraz wniesienia skargi do PUODO.			
Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.			
Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.			
Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej niepodanie danych wymaganych we wniosku o świadczenie uniemożliwi przyznanie świadczenia.			
Administrator po ustaniu celu przetwarzania planuje dalsze przetwarzanie danych tylko w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę.			
Imię	Nazwisko	Data	Podpis emeryta/rencisty