

ZARZĄDZENIE NR .....1944/18.....  
BURMISTRZA CHOSZCZNA

z dnia 05 PAZDZIERNIKA 2018 r.

**w sprawie wzoru wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli**

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018r., poz. 994 ze zm.), w związku z § 6 ust. 1 Uchwały Nr XXXVIII/333/2014 Rady Miejskiej w Choszczynie z dnia 27 marca 2014 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich przyznawania w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Choszczno **zarządzam, co następuje:**

§ 1. Określa się wzór wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, stanowiący załącznik do zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorowi Biura Obsługi Szkół Samorządowych w Choszczynie.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

BURMISTRZ  
  
mgr Robert Adamczyk

Otrzymują:

1. Biuro Obsługi Szkół Samorządowych,
2. Wydział Organizacyjno-prawny.

Sprawdzono pod względem  
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR  
Biura Obsługi Szkół Samorządowych  
  
mgr inż. Piotr Kamela

Załącznik do zarządzenia Nr ..... 1944/18 .....

Burmistrza Choszczna

z dnia 05.10.2018 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POMOC ZDROWOTNĄ  
DLA NAUCZYCIELI**

.....  
(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

.....  
(ADRES ZAMIESZKANIA I NR TELEFONU).

.....  
( PLACÓWKA, W KTÓREJ WNIOSKODAWCA BYŁ LUB JEST ZATRUDNIONY)

**UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**REFUNDACJA OBEJMUJE ZWROT KOSZTÓW LECZENIA W ZWIĄZKU Z:**

- 1) przewlekłą chorobą nauczyciela i ciągłym przyjmowaniem leków, przebywającego na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, wynoszącym minimum 30 dni,
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) leczeniem powypadkowym, wymagającym leczenia specjalistycznego lub konsultacji poza miejscem zamieszkania.

**DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

- 1) oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty, wystawiony nie później niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku w przypadku przewlekłej choroby nauczyciela, przebywającego na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, wynoszącym minimum 30 dni,
- 2) oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia od lekarza specjalisty, wystawiony nie później niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku w przypadku długotrwałego leczenia specjalistycznego lub leczenia powypadkowego,
- 3) oryginalne, imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia .

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO**

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Biura Obsługi Szkół Samorządowych w Choszcznie z siedzibą w Choszcznie przy ul. Wolności 24, zwany dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;

2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych, e-mail: rodo@boss.choszczno.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i będą udostępniane innym odbiorcom upoważnionym z mocy prawa;

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6, ust. 1, pkt. a RODO;

5. Podanie danych jest niezbędne do realizacji wniosku;

6. Posiada Pani/Pan prawo do:

•żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania;
- przenoszenia danych;
- wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych;

7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez 5 lat.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO

.....  
(DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY)