Załącznik Nr 9 do Regulaminu ZFŚS

w MIP10 w Żyrardowie

……………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania z ZFŚS

…………………………………………………………………………………………..
 Adres zamieszkania, Numer telefonu

Żyrardów, dnia ………………………………

**OŚWIADCZENIE
 uprawnionego emeryta lub rencisty do świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń
Socjalnych Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10 w Żyrardowie ul. Przedszkolna 1**

 Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych tj. Miejskie Integracyjne Przedszkole Nr 10 z siedzibą w Żyrardowie, ul. Przedszkolna 1 **oświadczam, że** została mi przedstawiona i zapoznałam/łem się z treścią Klauzuli informacyjnej wynikającej z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10
w Żyrardowie. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Miejskie Integracyjne Przedszkole Nr 10 z siedzibą w Żyrardowie ul. Przedszkolna 1. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne i konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Wiem, że w przypadku niepodania danych nie jest możliwe korzystanie ze świadczeń socjalnych finansowanych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10 w Żyrardowie. Wiem, że podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10
w Żyrardowie, który został ustalony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1352 ze zm.) i uzgodniony ze związkami zawodowymi.

...........................................
 (podpis wnioskodawcy)

**O**Ś**WIADCZENIE**

**do naliczenia Funduszu Socjalnego dla uprawnionych emerytów i rencistów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |
| Ostatnie miejsce zatrudnienia |  |
| Nr decyzji ZUS przyznającej prawo do renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego. |  |

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

 (Data i podpis emeryta / rencisty)