

Formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych
(dot. pracowników KPBPPiR we Włocławku i członków ich rodzin)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wnioskach (załącznikach do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w KPBPPiR we Włocławku) i załączonych dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do przyznania świadczenia socjalnego. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”).

Administratorem danych osobowych jest KPBPPiR we Włocławku.

Podanie danych i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne, jednak ich brak będzie skutkować nieprzyznaniem świadczenia.

.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pracownika wnioskującego o świadczenie

.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) małżonka pracownika

1.....2.....3.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pełnoletniego dziecka/dzieci pracownika/małżonka uprawnionego /ych do świadczeń socjalnych

.....
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego małoletniego dziecka/dzieci