

Imię i nazwisko:

Poznań, dnia.....

Status pracownika:

☐ Emeryt, ☐ PCSS, ☐ ICHB, ☐ Doktorant

Email, telefon:

Dyrektor
Instytutu Chemii Bioorganicznej PAN
za pośrednictwem Komisji Socjalnej ICHB PAN

Wniosek o zapomogę losową

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w związku z:

- **przewlekłą chorobą (konieczne wypełnienie zaświadczenia lekarskiego),**
- **zdarzeniem losowym¹ (konieczne udokumentowanie zdarzenia),**

w wysokości na jaką pozwalają środki tego funduszu.

2. Uzasadnienie:

¹ Za indywidualne zdarzenie losowe uważa się wszelkie nagłe, niespodziewane, pojedyncze zdarzenia wywołane przyczynami zewnętrznymi, których nie można przewidzieć, a które są niezależne od człowieka, np. kradzieże, włamania, zniszczenie domu spowodowane zalaniem wodą lub pożarem, nieszczęśliwe wypadki, śmierć członka rodziny.

3. **Oświadczam że złożyłem/łam oświadczenie o sytuacji rodzinnej i majątkowej aktualne na bieżący rok.**
4. **Oświadczam że zapoznałem/łam się z Regulaminem Komisji Socjalnej oraz Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.**
5. Informujemy, że administratorem zebranych danych osobowych jest Instytut Chemii Bioorganicznej Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu adres: ul. Z. Noskowskiego 12/14, 61-704 Poznań; REGON 000849327 NIP 777-00-02-062 (zwany dalej Instytutem). W Instytucie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować z którym można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej pisząc na adres: Inspektor Ochrony Danych Instytutu Chemii Bioorganicznej PAN, ul. Z. Noskowskiego 12/14, 61-704 Poznań lub wysyłając email na adres: dpo@ibch.poznan.pl. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań Komisji Socjalnej Instytutu, a w szczególności w celu: weryfikacji wniosku, podjęcia decyzji o udzieleniu świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Instytutu (dalej ZFŚS) oraz realizacji tego świadczenia. Odbiorcami Państwa danych osobowych są: Dyrektor Instytutu, Członkowie Komisji Socjalnej Instytutu, Dział Finansowo-Księgowy oraz Dział Kadr Instytutu. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do kraju trzeciego, ani organizacji międzynarodowych. Państwa dane osobowe przetwarzane są przez okres 5 lat od ich zgromadzenia. Informujemy, że mają Państwo prawo do żądania od Instytutu Chemii Bioorganicznej Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu dostępu do swoich danych osobowych dotyczących osoby, ich sprostowania. Państwa dane są przetwarzane na podstawie dobrowolnej zgody, jednakże ich podanie jest konieczne w celu ubiegania się o świadczenie z ZFŚS. Informujemy również, że w każdym momencie mogą Państwo cofnąć zgodę na przetwarzanie Państwa danych osobowych, co wiąże się z brakiem możliwości korzystania z ZFŚS.
6. Ja, niżej podpisany/na podpisując niniejsze oświadczenie potwierdzam zapoznanie się ze wszystkimi powyższymi informacjami, akceptuję je w pełni oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych we wszystkich wyżej wymienionych celach zgodnie z zapisami 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. Wyrażam również zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez Komisję Socjalną powołaną przez Dyrektora ICHB PAN.

.....
podpis wnioskodawcy

.....
miejscowość, dnia

.....
Nazwa poradni/przychodni/lekarz

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Zamieszkała/(y):

Rozpoznanie²:

Choroba: ☐ przewlekła

☐ wymagająca długiego leczenia

☐ wymagająca stałej opieki specjalistycznej

Cel wydania zaświadczenia: Dla zakładu pracy.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza

² w zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczone rozpoznania stanowiłyby naruszenie tajemnicy zawodowej