Klauzula informacyjna dla osób objętych Funduszem Zdrowotnym

Zgodnie 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 (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 z siedzibą w Tomaszowie Maz. ul. Św. Antoniego 29, tel: 44 724-55-15, mail: dyrektor@zsp1.edu.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w ZSP nr 1 możliwy jest pod numerem tel. nr 44 724-55-15 lub adresem email (adres email): inspektor@zsp1.edu.pl
3. Dane osobowe Pana/i będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. *a ,c, , i art. 9 ust. 2 lit. a i b* *ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu: realizacji świadczeń z funduszu socjalnego
4. Odbiorcami Pana/i danych osobowych będą: wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń zdrowotnych, Bank, Komisja Zdrowotna
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat.
6. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność prawem przewarzania (jeżeli przewarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem(prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody – nie obowiązuje, jeśli dane przetwarzane
7. są na podstawie przepisów prawa).
8. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa pracy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Pieczęć Administratora

Oświadczam, ze zapoznałem/łam się
z powyższą klauzula informacyjną

……

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany

……..

imię i nazwisko

wyrażam zgodę /* nie wyrażam zgody * na przetwarzanie moich

danych osobowych w zakresie:

- numeru telefonu
- adresu do korespondencji
- danych osobowych dotyczących stanu zdrowia
- numeru konta bankowego
- wysokości dochodów

przez administratora danych tj. Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 im. Tadeusza Kościuszki w Tomaszowie Maz., e-mail: dyrektor@zsp1.edu.pl, w celu realizacji świadczeń z Funduszu Zdrowotnego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę /* nie wyrażam zgody * na przetwarzanie danych osobowych członków mojej rodziny w celu i zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń z funduszy zdrowotnego

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo:

- dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, prawo do przenoszenia danych
- do wycofania zgody w dowolnym momencie ; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem

Oświadczam, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, w celu realizacji świadczeń z Funduszu Zdrowotnego.

* niepotrzebne skreślić

……

data, czytelny podpis

Kontakt z IOD - e-mail: inspektor@zsp1.edu