**WNIOSEK**

**O wypłatę zasiłku statutowego z tytułu:**

**Urodzenia dziecka, zgonu członka związku, zgonu członka rodziny.**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy………………………………………………………………………………..
2. Miejsce zamieszkania………………………………………………………………………………………………
3. Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………………………
4. Miejsce i adres zakładu pracy ………………………………………………………………………………….
5. Przynależność do Zw. Zaw. Prac. UM i USK w Łodzi od dnia……………………………………..
6. Data urodzenia dziecka…………………………………………………………………………………………….
7. Data zgonu członka Związku…………………………………………………………………………………….
8. Data zgonu członka rodziny……………………………………………………………………………………..
9. Nr aktu…………………… wydany przez……………………………………………………..dnia……………
10. Przy zgodnie członka rodziny udokumentowane pokrewieństwo
11. Na potwierdzenie powyższych faktów podaje do wglądu wyżej wymienione dokumenty

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Konto bankowe wnioskodawcy:

**Prawdziwość danych zawartych we wniosku stwierdzam pod skutkiem odpowiedzialności cywilnej  
 i karnej.**

…………………………………………………..

*(własnoręczny podpis wnioskodawcy)*

**Adnotacje: Stwierdza się wiarygodność danych zawartych w powyższym wniosku.**

**Skarbnik lub Sekretarz Przewodniczący lub Z-ca**

………………………………. …………………………………….

Uczelniana Komisja Zw.Zaw.P.UM i USK zatwierdza do wypłaty zasiłek statutowy z tytułu urodzenia dziecka/zgonu członka związku/zgonu członka rodziny (właściwe podkreślić) w wysokości zł:………………….……………………(słownie zł:……………………………………………………………………………….)

**Skarbnik Przewodniczący**

…………………………….. ………………………………………..

Pokwitowanie odbioru

Niniejszym kwituję odbiór kwoty zł……………………..(słownie zł.:…………………………………………………………….) z tytułu zasiłku statutowego otrzymanego z UK Zw. Zaw. UM i USK

Łódź, dnia …………………………….. …………………………………………………………………

*(własnoręczny podpis odbierającego należność)*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Związek Zawodowy Pracowników UM i USK w Łodzi, Plac Hallera 1, 90-647 Łódź

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – związki@umed.lodz.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w realizacji wniosków o świadczenia socjalne, zasiłki statutowe. skontaktowania się z Panią/Panem przez Administratora Danych lub upoważnione przez niego osoby, odnośnie realizacji złożonego przez Panią/Pana zamówienia, udzielenia przez Administratora Danych odpowiedzi na zadane przez Panią/Pana pytania za pośrednictwem maila lub telefonu.

Podczas przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przekazanych administratorowi danych nie będą one podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani profilowaniu4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty będące zaangażowane w kontakt

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres realizacji usług świadczonych przez Administratora Danych na Pani/Pana rzecz oraz przez okres wynikający z przedawnienia roszczeń, prowadzenia księgowości czy innych uprawnień w tym zakresie.

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować niemożliwością nawiązania kontaktu

Podpis

Łódź, dnia …………………………………………. ……………………………………………………………….