

Oświadczenie

do wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w wniosku w celu przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Podlaskiego w Białymstoku, (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok);
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nie będą udostępniane innym odbiorcom;
3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
4. Podanie danych jest niezbędne do przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy