

.....
nazwisko i imię

.....
miejsce pracy, stanowisko pracy

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

**Miejska Międzyzakładowa
Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa
przy Szkole Podstawowej nr 16
z Oddziałami Integracyjnymi
w Pabianicach**

WNIOSEK

o przyznanie zasiłku pogrzebowego z tytułu zgonu:

- imię i nazwisko osoby zmarłej

- stopień pokrewieństwa, data ur. zmarłego.....

- data zgonu....., miejscowość.....

- miejsce zamieszkania zmarłego

Administrator danych osobowych: Administratorem danych osobowych jest Miejska Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa Pracowników Oświaty Gminy Miejskiej Pabianie przy Szkole Podstawowej nr 16 z Oddziałami Integracyjnymi im. Tadeusza Kościuszki w Pabianicach (dalej: Administrator lub MMKZP)**Cele i podstawy przetwarzania danych:**Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu:

- realizacji zadań ustawowych związanych z członkostwem w **MMKZP**, w tym gromadzeniem wkładów członkowskich oraz udzielaniem pomocy materialnej w formie pożyczek lub zapomóg – na podstawie udzielonej zgody(art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
- realizacji zadań ustawowych związanych z członkostwem w **MMKZP**, w tym gromadzeniem wkładów członkowskich oraz udzielaniem pomocy materialnej w formie pożyczek lub zapomóg – na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie informacji o stanie zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a RODO);
- ewentualnego dochodzenia jak i obrony roszczeń, co stanowi uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

Odbiorcy danych:Dane te mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dostęp do danych na podstawie stosownych umów mogą posiadać także podmioty wspierające **MMKZP** w zakresie ciążących na nim obowiązków prawnych, dostawcy usług IT i inne firmy przetwarzające dane na zlecenie **MMKZP**. Dostęp do danych może posiadać Szkoła Podstawowa nr 16 z Oddziałami Integracyjnymi im. Tadeusza Kościuszki w Pabianicach.

Okres przechowywania: Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres członkostwa w **MMKZP**, następnie przez 10 lat od dnia ustania członkostwa. W przypadku dochodzenia roszczeń w związku z opóźnieniem lub zaprzestaniem spłaty, dane będą przetwarzane do czasu przedawnienia tych roszczeń.

Prawa z zakresu ochrony danych: Posiadają Państwo prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania a także do przenoszenia swoich danych osobowych;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- wycofania udzielonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody, nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;
- wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Dobrowolność / obowiązek podania danych: Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.

Przekazanie danych do Państwa trzeciego:**MMKZP**co do zasady nie przekazuje danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (dalej EOG) , jednakże mogą wystąpić sytuacje, w których **MMKZP**będzie wykorzystywać dostawców usług IT, których serwery mogą znajdować się poza EOG. W takim wypadku podstawą przekazania danych będą standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji / profilowanie:**MMKZP**nie podejmuje decyzji opierających się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu (w odniesieniu do wyżej opisanych celów przetwarzania danych).

Punkt kontaktowy: Wszelkie zapytania oraz oświadczenia w zakresie ww. praw należy kierować pod poniższe dane kontaktowe:

Dane kontaktowe administratora danych: Miejska Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa Pracowników Oświaty Gminy Miejskiej Pabianie przy Szkole Podstawowej nr 16 z Oddziałami Integracyjnymi im.

Tadeusza Kościuszki w Pabianicach ul. 20 Stycznia 9/13 95-200 Pabianice e-mail: kasa@sp16pabianice.pl

.....
(data, podpis Wnioskodawcy)

.....
pieczęć zakładu pracy

Pabianice, dn.20.....r.

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pani/Pan

zam. pracuje wi opłaca składki KP od dn.

na bieżąco, ostatnią składkę opłacono dn.za miesiąc

.....
podpis osoby potwierdzającej

1. Pani/ Pan..... legitymuje się dowodem osobistym (seria i nr dowodu).....

wydany przez dn.

2. Dane we wniosku są zgodne z dowodem osobistym współmałżonka z tyt. zgonu

teścia/teściowej.....

3. Dane we wniosku są zgodne z aktem zgonu nr wystawionym przez USC w

inne uwagi

Pabianice, dn.

.....
podpis pracownika MMKZP

Kwituję odbiór zasiłku pogrzebowego w wysokościsłowniezł.

.....
podpis