

**Formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych**  
(dot. pracowników Szpitala Cibórz i członków ich rodzin)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wnioskach (załącznikach do regulaminu administrowania zakładowym funduszem świadczeń socjalnych w Szpitalu Cibórz) i załączonych dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do przyznania świadczenia socjalnego (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 RODO. Administratorem danych osobowych jest Szpital Cibórz.

Podanie danych i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne, jednak ich brak będzie skutkować nieprzyznaniem świadczenia.

.....  
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pracownika wnioskującego o świadczenie

.....  
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) małżonka pracownika

.....

.....

.....

.....  
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) pełnoletniego dziecka/dzieci pracownika/małżonka uprawnionego /ych do świadczeń socjalnych

.....  
data i czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego małoletniego dziecka/dzieci