

**Wniosek o przyznanie zapomogi specjalnej w sytuacji zakażenia wirusem SARS CoV-2**

*Wniosek wypełniony nieczytelnie, niedokładnie oraz bez załączników nie będzie rozpatrzony*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |

 **I . Wymagana dokumentacja:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dokument potwierdzający dodatni wynik zakażenia wirusem SARS CoV-2 lub decyzję administracyjną wydaną przez Państwową Inspekcję Sanitarną o skierowaniu na izolację, zawierającą w treści potwierdzenie dodatniego wyniku badania.  |   |
| 2 | Ksero karty informacyjnej z leczenia szpitalnego ( o ile takie miało miejsce). |   |
| 3 | Oświadczenie wnioskodawcy o zatrudnieniu lub formie wykonywania zawodu i regularnym opłacaniu składek na samorząd. |   |

**II. Uzasadnienie wniosku**

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |

***…………………………………………………………………………***

***Data i Czytelny podpis osoby wnioskującej***

 **III. Przyznaną kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko właściciela rachunku** |  |
| **Nazwa banku** |  |
| **Nr konta** |  |

**W przypadku uzyskania zapomogi specjalnej na podstawie informacji nieprawdziwych, sfałszowanych, jak również w przypadku zatajenia informacji mających wpływ na ocenę uprawnień do przyznania zapomogi, zobowiązuję się do zwrotu na rzecz OIPiP całej przyznanej kwoty zapomogi.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miejscowość, data podpis wnioskodawcy**

**Klauzula informacyjna**

**dla osób ubiegających się o bezzwrotną pomoc z Funduszu OIPiP**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 i art. 14 ust.1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO, informujemy, że:**

administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Koninie przy ul. Spółdzielców 3 lok.315 III piętro.

1. Z administratorem można kontaktować się: listownie na wskazany adres siedziby, przez e-mail: oipip@konin.home.pl, tel. telefonicznie pod numerem tel. (0-63) 244-44-50.

2. Cele przetwarzania Pani/Pana danych osobowych: rejestracja wniosków o bezzwrotną pomoc finansową oraz decyzje i przelewy środków.

3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust.1 lit a; (RODO), czyli „osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednej lub większej liczbie określonych celów”; art. 6 ust. 1 lit. b (RODO), czyli „przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy”; art. 6 ust. 1 lit. c (RODO), czyli „przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze”;

4. Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie (IT, Biuro Księgowe, Radca Prawny) oraz organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.

5. Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.

6. Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria: czasu obowiązywania umowy, przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas, okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.

7. Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu, przenoszenia swoich danych osobowych, wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

8. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody – ma Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu ani przekazywane do państw trzecich.

**IV. Decyzja Komisji**

|  |  |
| --- | --- |
| Po rozpatrzeniu wniosku Komisja przyznaje kwotę w wysokości  (słownie) |  |
| Wniosek rozpatrzony negatywnie |  |

**Podpisy członków Komisji:**

**……………………………………………………………………… ………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………..**