

.....

OŚWIADCZENIE

nižej

podpisana/podpisany*

.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Placówek Oświatowych w Koprzywnicy w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia socjalnego z Funduszu Socjalnego Zespołu Placówek Oświatowych w Koprzywnicy, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1).

.....

* Niepotrzebne skreślić.

INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

Adres:

[illegible]

PESEL:

Wnoszę o przekazanie przyznanych mi świadczeń socjalnych z Funduszu Socjalnego Zespołu Placówek Oświatowych w formie przelewu na rachunek bankowy.

Numer rachunku bankowego:

[illegible]

.....

(data, czytelny podpis)