Załącznik nr 10

EMERYCI – OŚWIADCZENIE

Racibórz, dnia _____

_____
Nazwisko i imię

_____
Adres zamieszkania

Tak / Nie
Emerytowany nauczyciel

_____
PESEL

_____
Telefon

Proszę o przekazywanie świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na moje konto osobiste o numerze:

Klauzula RODO
Administratorem danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Niesłyszących i Słabosłyszących z siedzibą przy ul. Karola Miarki 4 w Raciborzu (47-400). Administratora danych reprezentuje Dyrektor Ośrodka, tel. 32 415 30 01, e-mail: dyrektor@soswnis.pl. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dot. danych osobowych, tel. 32 415 30 01, e-mail: iod@soswnis.pl. Administrator przetwarza dane osobowe w celu udzielania pomocy socjalnej lub zdrowotnej finansowanej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Więcej informacji można uzyskać na stronie internetowej: https://oswnis.pl/rodo/

`
_____
Podpis