

Imię i nazwisko wnioskodawcy .....

(nr kodu)

(miejscowość)

(nr kodu)

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

|  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

Miejsce pracy pielęgniarki/położnej (adres) .....

Proszę o udzielenie zasiłku statutowego w związku ze śmiercią:

(wpisać nazwisko i imię oraz stopień pokrewieństwa)

**Dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię skróconego aktu zgonu.**

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że wszystkie dołączone do wniosku kopie dokumentów **są zgodne z oryginałem.**

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

1. Jestem członkiem MOIPiP i opłacam systematycznie składki.
2. Przyznane środki: (proszę wybrać i zakreślić właściwe)

☐ Proszę przelać na konto: Bank .....  
nr rachunku: (proszę wpisać w okienka poniżej)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐ Odbiorę osobiście w kasie MOIPiP

☐ Odbierze za mnie osoba upoważniona w kasie MOiPiP (pełnomocnictwo pisemne)

```
-----
data
```

podpis wnioskodawcy

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, informuje że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Krakowie ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Małopolskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Krakowie przy ul. Szlak 61, 31-153 Kraków email: [iod@moipip.org.pl](mailto:iod@moipip.org.pl) lub listownie na adres: Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.
3. Dane osobowe (dalej: dane) są przetwarzane na podstawie i zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
4. Dane są przetwarzane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krakowie oraz działających w jej imieniu i z jej upoważnienia członków Komisji Socjalnej, zobowiązanych do zachowania w tajemnicy danych w okresie wykonywania w/w funkcji oraz po jej zakończeniu. Dane osobowe mogą być także przetwarzane przez podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osób Pani/Pana są przetwarzane wyłącznie w celu prawidłowego wykonania zadań wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz niniejszego regulaminu.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie wyrażonej zgody w formie wniosków, oświadczeń oraz poprzez przedstawienie stosownych dokumenty, jeśli jest to konieczne, zgodnie z treścią regulaminu.
7. Dane osobowe są przechowywane przez okres 1 roku począwszy od dnia wypłaty świadczeń, objętych niniejszym regulaminem lub odmowy ich przyznania. Po upływie tego okresu są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie.
8. Ma Pani /Pan prawo do uzyskania dostępu do swoich danych, żądania sprostowania lub usunięcia danych albo ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia danych do innego administratora, sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Zgłoszenie takich sprzeciwów nie ma wpływu na czynności już dokonane.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie ich danych osobowych, narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu jakim jest uzyskanie pomocy z Funduszu Socjalnego.

.....  
podpis wnioskodawcy

-----

### **(WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA)**

#### **Opinia Komisji Socjalnej**

Komisja Socjalna przyznaje zasiłek statutowy w wysokości ..... zł

.....  
data

.....  
Podpis