.................................................................. ……….......................................

 (imię i nazwisko składającego oświadczenie) (miejscowość, data)

.................................................................

 (dokładny adres)

…………………………………………………………………..

 (numer telefonu)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

**OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z ZFŚS**

za ……………………………….

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

Wnioskodawca –........................................................................................

(imię i nazwisko)

Pozostali członkowie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

Oświadczam, że mój **dochód brutto** na jednego członka rodziny znajduje się w przedziale:

 - 1800,00 zł

1801,00 zł. - 2400,00 zł

2401,00 zł - powyżej

\*właściwe podkreślić

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 Kodeksu karnego.*

\*przy dochodach w progu najniższym i średnim proszę wypełnić str 2 oświadczenia.

..............................................

(podpis)

Łączna suma miesięcznych dochodów brutto moich i członków rodziny osób wymienionych w poz.1-3 za cały rok ………… wyniosła ………………… zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym uwzględniana przy wyliczeniu; ………….

Średni dochód miesięczny przypadający na osobę wynosi (suma dochodów podzielona przez liczbę uprawnionych) …………………… zł.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma (y), świadoma (y) odpowiedzialności przewidzianej w Regulaminu.

 ……………………………………………….

Data i podpis

Oświadczam, że;

Oświadczam, że;

1/ została mi przedstawiona informacja wynikająca z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz.UE.L.z 04.05.2016 r. Nr. 119 s.1 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych z ZFŚS w Powiatowym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Wodzisławiu Śląskim ul. Gałczyńskiego 1, 44-300 Wodzisław Śląski,

2/ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i członków rodziny w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**, którego reprezentuje **Dyrektor Pani Danuta Mielańczyk** tel; 32/4553593 mail; **szkola@pckziu.wodzislaw.pl**

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w PCKZiU możliwy jest pod numerem telefonu 32 3314808 lub pod adresem email**;** **nowator@nowator.edu.pl****.**

Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak jest konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane.

……………………………

Data podpis składającego informacje