

Uniwersytet Medyczny  
im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu

Poznań, dnia ..... 2019

**WNIOSEK PRACOWNIKA/EMERYTA/RENCISTY\*  
O PRYZNANIE WZASÓW W ROKU 2019**

1. Imię i nazwisko .....
2. Miejsce pracy w Uniwersytecie .....  
oraz telefon służbowy / kontaktowy .....
3. Staż pracy w Uniwersytecie.....  
(jeden punkt za pełen rok pracy w Uniwersytecie)
4. Z wczasów:  
a/ w Łazach\* korzystałam(em) ostatnio w roku .....
- b/ w Sierakowie\* korzystałam(em) ostatnio w roku .....
5. Proszę o przydział wczasów w Ośrodku Wypoczynkowym w:  
a) ŁAZACH\*:  
w sezonie: w turnusie ..... lub w turnusie .....  
lub / i\*  
poza sezonem: w terminie ..... lub w terminie .....  
b) SIERAKOWIE\*:  
w sezonie: w turnusie ..... lub w turnusie .....  
lub / i\*  
poza sezonem: w terminie ..... lub w terminie .....
6. Jestem\*/nie jestem\*osobą samotnie wychowującą dzieci do lat 18. (dodatkowe 5 pkt)
7. Jestem\*/nie jestem\* osobą posiadającą rodzinę wielodzietną:  
(dodatkowe 5 pkt za 3 i każde kolejne dziecko)

L.p.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia	L.p.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
1			4		
2			5		
3			6		

8. Czy zabierają Państwo na wczasy zwierzę domowe? **TAK \*/ NIE \***  
Na terenie ośrodków wczasowych są wyznaczone domki, w których mogą przebywać zwierzęta domowe w Łazach – domek nr 9, 10, 11, 13 i 14, a w Sierakowie – domek nr 11 i 12.
9. Oświadczam, że z przyznanych wczasów będę korzystał / korzystała\* osobiście wraz ze wskazanymi poniżej przeze mnie członkami rodziny. Przyjmuję do wiadomości, że po przybyciu do ośrodka wypoczynkowego, osoby dorosłe przedstawiające skierowanie będą proszone o okazanie dokumentu tożsamości.

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa
1		
2		
3		

<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		

1. Administratorem danych, zobowiązanym do zapewnienia, aby przetwarzanie moich danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych, jest Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: abi.ump@ump.edu.pl.
3. W przypadku **wniosku o dofinansowanie do wypoczynku z ZFŚS** dane osobowe przetwarzane będą w celu i zakresie niezbędnym do weryfikacji przyznania świadczenia, jego ewentualnego naliczenia i dokonania wypłaty zgodnie z Regulaminu ZFŚS UMP.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ewentualne konsekwencje niepodania danych to nierozpatrzenie wniosków o świadczenia wynikające z Regulaminu ZFŚS UMP.
5. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, w szczególności moje dane osobowe będą udostępnione osobom lub podmiotom zgodnie z Ustawą z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych z późniejszymi zmianami.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
7. Posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także prawo do przenoszenia danych. Zdaję sobie jednak sprawę, że moje uprawnienia mogą być ograniczone przez szczególne przepisy prawa.
8. Decyzje w mojej sprawie nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, a dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.**

.....  
**podpis wnioskodawcy**

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA: Wniosek będzie rozpatrzony w przypadku wyczerpującego podania wszystkich informacji.**

### ***WYPEŁNIA KOMISJA DS. WCZASÓW***

<b>Częstość korzystania</b>	<b>Staż pracy w Uniwersytecie</b>	<b>Samotne wychowywanie dzieci do lat 18</b>	<b>Wielodzietność (dotyczy dzieci do lat 18)</b>	<b>RAZEM</b>

**Wczasy przyznano. / Wczasów nie przyznano.**