

.....
Imię i nazwisko

Nr telefonu Nr /2019

Adres e-mail

.....
Adres do korespondencji

**OŚWIADCZENIE EMERYTA/RENCISTY
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU
O SYTUACJI MATERIALNEJ, RODZINNEJ I
ŻYCIOWEJ**

- I. Oświadczenie należy złożyć raz w roku w terminie **do 31 marca 2019 r.** w formie papierowej w Kole Seniora osobiście lub przesłać listem poleconym. Obowiązek złożenia niniejszego oświadczenia nakłada ustawa o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych, która uzależnia przyznawanie świadczeń socjalnych od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.
- II. Oświadczam, że średni miesięczny przychód* przypadający na jednego członka mojej rodziny**, pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym*** w roku **2018** wyniósł (prosimy oznaczyć właściwy kwadrat):
- Grupa 1: do 1 260,00 zł
- Grupa 2: od 1 260,01 zł do 2 100,00 zł
- Grupa 3: od 2 100,01 zł do 3 360,00 zł
- Grupa 4: powyżej 3 360,00 zł
- III. Wykaz osób wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe:

L. p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia dziecka
1		emeryt / rencista Uniwersytetu	X
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

VERTE →

IV. Osoby, które znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej i rodzinnej proszone są o jej dodatkowe określenie (nie jest to obligatoryjne):

V. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

Poznań, dnia 2019 r. podpis emeryta/rencisty

* Przez pojęcie **miesięczny przychód** należy rozumieć łączną kwotę przychodu ze wszystkich źródeł wykazaną w rocznych zeznaniach podatkowych wszystkich członków gospodarstwa domowego, podzielony przez 12 miesięcy oraz przez liczbę członków gospodarstwa domowego.

** **Członkami rodziny** są wszystkie osoby wspólnie zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe z osobą składającą oświadczenie.

*** Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** należy rozumieć członków rodziny pracownika lub inne osoby faktycznie wspólnie się utrzymujące i mające wspólny budżet domowy.

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 **oświadczenia o sytuacji materialnej, rodzinnej i życiowej** 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.