

KLAUZULA INFORMACYJNA

pomoc zdrowotna dla nauczycieli

Na podstawie 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/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

- 1. Administratorem Danych Osobowych** jest Szkoła Podstawowa im. prof. Karola Olszewskiego w Broniszowie, w imieniu której działa Dyrektor.
- 2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych** w Szkole Podstawowej im. prof. Karola Olszewskiego w Broniszowie jest Teresa Curzytek, e-mail: iod@post.pl, tel. 600808605.
- 3. Dane osobowe przetwarzane są** na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b „RODO” w celu udzielenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, wynikających z następujących aktów prawnych:
 - art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1762),
 - **Uchwała Nr XXIII.195.2021 Rady Gminy w Wielopolu Skrzyńskim z dnia 12 października 2021 r.** w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Wielopole Skrzyńskie
- 4. Odbiorcami danych osobowych są** lub mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa lub odrębnych umów, a w szczególności upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty którym należy udostępnić dane w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty którym dane zostaną powierzone do realizacji celów przetwarzania. Jeżeli przesłanką przetwarzania jest wyrażenie zgody (Art. 6 ust. 1 lit. a RODO) to odbiorcą danych mogą być podmioty na podstawie wyrażonej zgody.
- 5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres** niezbędny do realizacji celów przetwarzania. Pomimo zakończenia realizacji celu przetwarzania, dane mogą być dalej przechowywane jeżeli istnieje obowiązek ich archiwizacji z mocy prawa, lecz nie dłużej niż przez wymagany prawem okres. Jeżeli dane są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody, to ich dalsze przechowywanie zakończy się od czasu pisemnego cofnięcia zgody, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 6. Przysługuje Panu/Pani prawo** dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie wynika z przepisu prawa, prawo do przenoszenia danych, prawo do sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do wycofania zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu

zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres e-mail: **spbroniszow@o2.pl**

7. Ma Pan/Pani **prawo wniesienia skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne** w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub jest niezbędne do wykonania umowy. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody, podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
9. Dane osobowe nie będą nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Administratora w tym profilowaniu,.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z podaną klauzulą informacyjną w związku ze złożonym wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)