

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

**ZGODA**  
**na przetwarzanie danych osobowych pracownika na potrzeby**  
**Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie następujących danych osobowych:

1. Imię i nazwisko, PESEL, NIP
2. adres, telefon,
3. dane członków rodziny, dane o stanie zdrowia,
4. informacje o dochodach,

na potrzeby funkcjonowania Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Urzędzie Gminy z siedzibą w Iłowie przy ulicy Płocka 2.

Rozumiem, że moje dane osobowe będą przechowywane przez Urząd Gminy w Iłowie przez okres wymagany przepisami prawa. Po upływie tego okresu dane zostaną zniszczone.

Zgodnie z przekazaną mi informacją z dnia ..... wyrażam zgodę, aby odbiorcą moich danych osobowych był Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Skarbowy oraz organy ochrony praw pracowniczych w szczególności Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy.

Rozumiem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, jak również prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

.....  
(data i podpis pracownika)

