

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

(Adres zamieszkania)

.....
(Nazwa jednostki organizacyjnej SW)

(Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy)

**KOMISJA
ZARZĄDZAJĄCA FUNDUSZEM
POMOCY FUNKCJONARIUSZOM
I PRACOWNIKOM SŁUŻBY WIĘZIENNEJ
ORAZ CZŁONKOM ICH RODZIN
Rakowiecka 37 a
02-521 Warszawa**

W N I O S E K

o przyznanie zapomogi finansowej z Funduszu Pomocy Funkcjonariuszom i Pracownikom Służby Więziennej oraz członkom ich rodzin.

Stwierdzam, że wnioskodawca uczestniczy w programie ubezpieczenia PZU na Życie S.A.:
*** właściwe ZAKREŚLIĆ**

Odpowiedzialności cywilnej pracowników i funkcjonariuszy SW	TAK / NIE*
Odpowiedzialności cywilnej służb medycznych – pracowników i funkcjonariuszy SW -----	TAK / NIE*
Następstw nieszczęśliwych wypadków – służba (praca) i życie prywatne pracowników i funkcjonariuszy SW -----	TAK / NIE*
Następstw nieszczęśliwych wypadków – służba (praca) pracowników i funkcjonariuszy SW -----	TAK / NIE*
Następstw nieszczęśliwych wypadków – niepełnoletnich dzieci pracowników i funkcjonariuszy SW -----	TAK / NIE*
Dodatkowa Ochrona Życia -----	TAK / NIE*

Data, pieczęć imienna oraz podpis osoby prowadzącej w jednostce sprawy ubezpieczenia

.....
Ostatnio otrzymałam/em pomoc z Funduszu (rok, miesiąc, nr sprawy)

.....
Którą przeznaczyłam/łem na:

W przypadku przyznania pomocy finansowej, zamierzam ją przeznaczyć na następujące cele:

.....

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzam, że wniosek sprawdzono pod względem formalnym.
 Data, pieczęć imienna oraz podpis osoby odpowiedzialnej w jednostce za prowadzenie
 spraw socjalnych.**

.....

Podane we wniosku dane osobowe będą przetwarzane przez Komisję Zarządzającą Funduszem Pomocy Funkcjonariuszom i Pracownikom Służby Więziennej oraz członkom ich rodzin z siedzibą w Warszawie przy ul. Rakowieckiej 37a; 02 – 521 oraz przez

.....
 (wpisać jednostkę organizacyjną Służby Więziennej wnioskodawcy)

z siedzibą przy
 (wpisać adres jednostki organizacyjnej Służby Więziennej wnioskodawcy)

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w celu realizacji pomocy finansowych z Funduszu Pomocy Funkcjonariuszom i Pracownikom Służby Więziennej oraz członkom ich rodzin.

Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku.

Każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia przez Komisję Zarządzającą Funduszem Pomocy Funkcjonariuszom i Pracownikom Służby Więziennej oraz członkom ich rodzin oraz przez

.....
 (wpisać jednostkę organizacyjną Służby Więziennej wnioskodawcy)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)