# ZARZĄDZENIE Nr 54 /2020
# WÓJTA GMINY SOCHOCIN
## z dnia 25 września 2020 r.

**w sprawie powołania Komisji do opiniowania wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym ( Dz. U. z 2020 r. poz. 713 ze zm.) oraz § 3 ust.3 uchwały Nr XIV/114/2020 Rady Gminy Sochocin z dnia 24 stycznia 2020 w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkołach i przedszkolu prowadzonych przez Gminę Sochocin zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Powołuję się Komisję do opiniowania wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego.
**§ 2.** W skład Komisji wchodzą:
1. Elżbieta Adamkiewicz - przewodniczący Komisji, przedstawiciel Organu Prowadzącego;
2. Izabela Gajewska-Piaskowska – członek Komisji, przedstawiciel Publicznego Zespołu Szkół i Przedszkoli Samorządowych w Sochocinie;
3. Beata Szymańska - członek Komisji, przedstawiciel Szkoły Podstawowej w Kołozębiu;
4. Maria Ozdarska - członek Komisji, przedstawiciel Szkoły Podstawowej w Smardzewie;
5. Bożena Włodarska- członek Komisji, przedstawiciel związków zawodowych ZNP

**§ 3.** Zadaniem Komisji jest przyjmowanie i opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.
**§ 4.** Opinie Komisji podejmowane są zwykłą większością głosów przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku braku rozstrzygnięcia decyzje podejmuje przewodniczący Komisji.
**§ 5.** Wnioski składane do Komisji są ewidencjonowane w rejestrze prowadzonym przez organ prowadzący, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
**§ 6.** Członkowie Komisji składają oświadczenie o zachowaniu tajemnicy danych osobowych osób ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2.
**§ 7.** Z posiedzenia Komisji sporządzany jest protokół, który jest przechowywany w Urzędzie Gminy Sochocin.
**§ 8.** Wykonanie Zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Administracji i Edukacji.

**§ 9.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Wójt**
**mgr Jerzy Ryziński**

| Sporządził: | Sprawdził pod względem merytorycznym |
|---|---|
| Data: podpis: | Data: podpis: |

Radca Prawny
Magdalena Kusinowska

Podpis obsługi prawnej urzędu.....

Załącznik nr1

do zrządzenia nr 54/2020

Wójta Gminy Sochocin

z dnia 25 września 2020 r.

.....

(pieczęć nagłówkowa)

## *Rejestr wniosków o pomoc zdrowotną*

| *Data złożenia wniosku* | *Nr kolejny wniosku* | *Imię i nazwisko nauczyciela* | *Miejsce zatrudnienia /czynny zawodowo/, emeryt/rencista* | *Wnioskowa na wysokość pomocy zdrowotnej* | *Przyznana wysokość pomocy zdrowotnej* | *Data przyznania pomocy zdrowotne* | *Uwagi* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Załącznik nr 2

do zrządzenia nr 54/2020

Wójta Gminy Sochocin

z dnia 25 września 2020 r.

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.) oraz przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 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 uchyleniu dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ( Dz. U. UE.L z 2016 r.Nr119 ze zm.) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz bezterminowego zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałam/miałem dostęp w związku z pracami Komisji do opiniowania wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego.

Członkowie Komisji do opiniowania wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego.

Nazwisko i imię Podpis

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....