Wniosek o przyznanie świadczenia ratowniczego

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **ADNOTACJE URZĘDOWE** *(wypełnia właściwa komenda powiatowa/miejska Państwowej Straży Pożarnej)* |
| Wniosek wpłynął do Komendy …………….. Państwowej Straży Pożarnej w ……………………. dnia …………………… . Został zarejestrowany pod numerem ……………. .……………………………….(pieczątka służbowa i podpis) |
| **Wnoszę o przyznanie świadczenia ratowniczego** *(wnioskodawca wypełnia część B druku WIELKIMI LITERAMI)* |
| **B.1.** | **DANE PERSONALNE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nazwisko | Pierwsze imię |
| Drugie imię | Data urodzenia | Numer PESEL |
| Seria i nr dowodu osobistego / Numer paszportu\*) (należy wypełnić, jeśli nie nadano numeru PESEL) |
| **B.2.** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
| **B.3.** | Kod pocztowy | Miejscowość | Gmina/dzielnica |
| Powiat | Województwo | Nazwa państwa |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (należy podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)** |
|  | Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy | Miejscowość | Gmina/dzielnica |
| Powiat | Województwo | Nazwa państwa |
| **B.4.** | **DYSPOZYCJA WNIOSKODAWCY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Świadczenie ratownicze proszę przekazywać na wskazany adres zamieszkania / adres do korespondencji / poniższy rachunek bankowy albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej\*) \*\*):Adres: .………………………………………………………………………………………………………………………………….Numer rachunku bankowego / rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa banku / spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej:…………………………………………………………………………………………………………………………………………. Adres urzędu skarbowego właściwego dla wnioskodawcy: …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **B.5.** | **ZAŁĄCZNIKI:** \*\*\*) |
|  |
| ……………………………. ……...…...………….…........…………………………………………………………………………(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika / opiekuna prawnego\*)) |

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku niedokonania wyboru świadczenie będzie przekazywane na wskazany adres zamieszkania.

\*\*\*) Zgodnie z art. 50 ust. 3 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 233) można załączyć pisemne oświadczenia 3 świadków potwierdzające bezpośredni udział w działaniach ratowniczych.

**KLAUZULA INFORMACYJNA – do wniosku o przyznanie świadczenia ratowniczego**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (zwanego dalej Rozporządzeniem) informuję, że:

1. Administratorem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe jest Komendant Powiatowy Państwowej Straży Pożarnej w Opatowie, reprezentujący Komendę Powiatową PSP w Opatowie z siedzibą przy Kościuszki 39, tel. 158682071, adres e-mail: opatow@straz.kielce.pl
2. W Komendzie Powiatowej PSP w Opatowie. wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, kontakt e-mail: **iod@straz.kielce.pl** tel. 41 365-32-04, lub 41 365-32-26.
3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia na Pani/Pana rzecz przyznania świadczenia ratowniczego.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) i e) RODO tj. realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z art.17 ust.2 ustawy o Ochotniczych Strażach Pożarnych z dnia 17 grudnia 2021 r.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione określone zgodnie
 z ustawą to jest Świętokrzyski Komendant Wojewódzki PSP w Kielcach i Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
6. Dane będą przechowywane przez okres wskazany w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla jednostek PSP dla poszczególnych kategorii spraw.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
	1. żądania od administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia;
	2. wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01,
	 e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl)
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji celu o którym mowa w pkt 3. Nie podanie prawidłowych danych wiąże się z brakiem możliwości załatwienia sprawy.
10. Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

……………………………….., dn. ……………………….

 (miejscowość, *data złożenia oświadczenia) …………………………………..…………………………*

 *Czytelny podpis osoby, która zapoznała się z Klauzulą*