Jelcz-Laskowice, dnia …………………………

…………………………………………………………

imię i nazwisko)

…………………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………………

(nr telefonu)

 **Burmistrz Jelcza-Laskowic**

 **ul. Witosa 24**

 **55-220 Jelcz-Laskowice**

**WNIOSEK**

**o wypłatę świadczenia rekompensującego dla**

**żołnierza rezerwy / osoby przeniesionej do rezerwy niebędącej żołnierzem rezerwy, który odbył ćwiczenia wojskowe.**

Na podstawie art. 119a ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jednolity - Dz. U. z 2019 r. poz. 1541) wnoszę o wypłatę świadczenia rekompensującego w związku z odbytymi ćwiczeniami wojskowymi.

Do wniosku dołączam:

1. zaświadczenie z dnia …………………………………… o odbyciu ćwiczeń wojskowych wydane przez dowódcę jednostki wojskowej w dniu zwolnienia żołnierza z ćwiczeń;
2. zaświadczenie z dnia ………………………………… o kwocie dziennego utraconego wynagrodzenia bądź dochodu, wydane zgodnie z § 8 z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącym żołnierzami rezerwy (tekst jednolity - Dz. U. z 2018 r. poz. 881)

Przyznane świadczenie proszę przelać na rachunek bankowy nr

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

Oświadczam również, że za okres odbywania ćwiczeń pracodawca nie wypłacił mi wynagrodzenia.

……………………………………………..

 podpis wnioskodawcy

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO**

**Urząd Miasta i Gminy Jelcz-Laskowice informuje, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gmina Jelcz-Laskowice, z siedzibą
w Jelczu-Laskowicach przy ul. Witosa 24**;
2. **Inspektor Ochrony Danych - e-mail** **iod@jelcz-laskowice.pl****, tel. 71 381 71 49;**
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu **ustalenie prawa i wypłacenia świadczenia rekompensującego utracone zarobki za odbyte ćwiczenia wojskowe**
4. podstawą prawną przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych jest **przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Administratorze art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2018 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w związku z :**

**– ustawą z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony;**

**- Rozporządzeniem rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącym żołnierzami rezerwy;**

**- Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych**

1. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie – **Wojewódzki Sztab Wojskowy we Wrocławiu**
2. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
3. okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych – **zgodnie z Instrukcją kancelaryjną 10 lat**
4. posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora **wydania kopii danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, usunięcia**;
5. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest **Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych**
6. informacja o dowolności lub obowiązku podania danych **podanie danych osobowych dobrowolne lecz niezbędne do załatwienia sprawy;**
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

 ………………………..…………………………………………………………

 czytelny podpis osoby informowanej