

Konin, dnia

WZÓR

**Wniosek dotyczący wydania decyzji
potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**

Dane świadczeniobiorcy:

1. Imię:
2. Nazwisko:
.....
3. Adres zamieszkania:
.....
4. Adres zameldowania:
.....
5. Numer PESEL:
6. Numer telefonu kontaktowego (w miarę możliwości):

**Klauzula informacyjna dla interesantów Wydziału Spraw Społecznych Urzędu
Miejskiego w Koninie**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Konina z siedzibą w Koninie, pl. Wolności 1,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@konin.um.gov.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146, t.j.)
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną
- 6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia

przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie

- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- 9) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem wydania decyzji przyznającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wydania decyzji.
- 10) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 t.j.) jest obligatoryjne.

Na podstawie art. 54 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/podpis wnioskodawcy/