**Wniosek o przyznanie świadczenia ratowniczego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. ADNOTACJE URZĘDOWE** *(wypełnia właściwa komenda powiatowa/miejska Państwowej Straży Pożarnej)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wniosek wpłynął do **Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Iławie** 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 |
| Kod pocztowy | Miejscowość | | | | | | | | | Gmina/Dzielnica | | |
| Powiat | | | Województwo | | | | Nazwa państwa | | | | | |
| **B.3. ADRS DO KORENSPONDENCJI (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. poz. 2490, z późn. zm.) można załączyć pisemne oświadczenie 3 świadków potwierdzające bezpośredni udział w działaniach ratowniczych.  **KLAUZULA INFORMACYJNA**  Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2, art.14 ust. 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informuję, że:   1. Administratorem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe jest:   Komendant Powiatowy Państwowej Straży Pożarnej w Iławie  (ul. kard. Stefana Wyszyńskiego 10, 14-200 Iława, tel. 47 732 94 50, fax. 47 732 94 82,  mail: kpilawa@kwpsp.olsztyn.pl).   1. W Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Iławie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych: bryg. Andrzej Jankowski, pełniący służbę  w Komendzie Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie (10-045 Olsztyn, ul. Niepodległości 16, tel. 477319 536, fax. 477319505 email: [iod@kwpsp.olsztyn.pl](mailto:iod@kwpsp.olsztyn.pl)). 2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit c, d i e RODO – w związku z obsługą świadczenia ratowniczego, zgłoszenia alarmowego o zdarzeniu oraz prowadzonych działań ratowniczych w celu ochrony życia, zdrowia, mienia lub środowiska przed pożarem, klęską żywiołową lub innym miejscowym zagrożeniem. 3. Administrator przetwarza dane osobowe osoby zgłaszającej, osób poszkodowanych, właścicieli lub zarządców obiektów, wobec których prowadzone są działania jednostek ochrony przeciwpożarowej. 4. Odbiorcami danych są jednostki organizacyjne PSP oraz inne organy na mocy przepisów odrębnych ustaw. 5. Dane osobowe podlegają przeglądowi, nie rzadziej niż co 5 lat od dnia ich uzyskania,  a także są przechowywane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z ustawy. 6. Przysługuje Pani/Panu prawo do: 7. żądania od administratora dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; 8. 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, email: [kancelaria@giodo.gov.pl](mailto:kancelaria@giodo.gov.pl)) jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie narusza przepisy RODO. 9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. 10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe. 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.   ……………......………....………….... ……………………………………............  *(miejscowość, data) (podpis składającego oświadczenie)* |
|  |  |