



.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE
osoby mającej dostęp do danych z ZFŚS

Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych osób uprawnionych do korzystania z ulgowych usług, świadczeń oraz dopłat z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, które będę przetwarzać w imieniu pracodawcy. Jest mi znane, że szczególnej ochrony i poufności wymagają informacje dotyczące sytuacji:

- zdrowotnej,
- rodzinnej, materialnej i życiowej,
- informacje dotyczące wynagrodzenia,
- inne dotyczące pracowników starających się o pomoc ze środków ZFŚS.

Udostępnienie danych osobowych osobom nieupoważnionym lub przetwarzanie ich w niewłaściwy sposób podlega karze zgodnie z art. 107 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U., poz. 1000 ze zm.) i jest równoznaczne z ciężkim naruszeniem obowiązków pracowniczych.

Jako osoba mająca dostęp do danych osobowych osób korzystających z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, potwierdzam zapoznanie się z powyższymi zapisami i akceptuję ich treść.

.....
data i podpis składającego oświadczenie