

Załącznik nr 9

..... r.
/miejsowość, data/

.....
/imię i nazwisko/

.....
/stanowisko/

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2
w Ustce**

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych o stanie zdrowia Uprawnionych do zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, które będę przetwarzał w imieniu Szkoły Podstawowej nr 2 w Ustce w celu przyznawania, ustalania wysokości świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz dochodzenia praw lub roszczeń od uprawnionych do Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

..... r.
/data i podpis/