**Załącznik nr 8**

…………………………………… ………………………….

*(imię i nazwisko uprawnionego)* (*miejscowość, data)*

............................................................

*(zajmowane stanowisko)*

............................................................

*(adres)*

**Pani/Pan\***

.......................................................

**Dyrektor**

.......................................................

*(nazwa placówki)*

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych o stanie zdrowia osób uprawnionych do korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, które będę przetwarzał w imieniu Szkoły Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Pszennie, w celu przyznawania, ustalania wysokości świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz dochodzenia praw lub roszczeń od uprawnionych do zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

………………………………………..

*(data i podpis pracownika składającej oświadczenie)*