…………………………………………………………. Szlichtyngowa, dnia………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

…………………………………………………………..
(PESEL)
………………………………………………………….. **BURMISTRZ MIASTA I GMINY**
(imię ojca)
………………………………………………………….. **W SZLICHTYNGOWEJ**
(kod pocztowy, adres zamieszkania)

Telefon\**.*………………………………………..

**WNIOSEK**

**ŻOŁNIERZA REZERWY ORAZ OSOBY PRZENIESIONEJ DO REZERWY**

**NIEBĘDĄCEJ ŻOŁNIERZEM REZERWY, O USTALENIE I WYPŁATĘ**

**NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA REKOMPENSUJĄCEGO**

Proszę o ustalenie i wypłatę należnego świadczenia pieniężnego rekompensującego

utracone wynagrodzenie (ze stosunku pracy lub stosunku służbowego albo dochód

z prowadzonej działalności gospodarczej lub rolniczej)\*\* w związku z odbytymi ćwiczeniami

wojskowymi: w .……………………………………………………………………………………………….
 (nr lub nazwa jednostki wojskowej)

w dniach…………………………………………., liczba dni ćwiczeń ……………………….........

Należne świadczenie proszę wypłacić gotówką/\*\*, przelewem/\*\*

na konto nr …………………………………………………………………………………….

w banku ………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. Zaświadczenie dowódcy jednostki wojskowej o odbyciu ćwiczeń wojskowych.
2. Zaświadczenie pracodawcy o kwocie dziennego utraconego wynagrodzenia pracownika wydane dla celów przyznania rekompensującego świadczenia pieniężnego lub naczelnika urzędu skarbowego o kwocie dziennego utraconego dochodu wydane dla celów przyznania rekompensującego świadczenia pieniężnego - w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.

………………………………………………………

 (podpis wnioskodawcy

\* -  *dane nieobowiązkowe - wnioskodawca nie musi ich podawać, choć ich podanie może ułatwić kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku  i załatwienia sprawy* niepotrzebne skreślić
\*\* *- niepotrzebne skreślić*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**Do wniosku o ustalenie i wypłatę należnego świadczenia rekompensującego utracone wynagrodzenie.**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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), informujemy że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Burmistrz Miasta i Gminy Szlichtyngowa, Rynek 1, 67-407 Szlichtyngowa, tel: +48 65 549 23 27, fax: 65 549 23 41, e - mail: umig@szlichtyngowa.pl
* sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): iodo@szlichtyngowa.pl
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Art. 6 pkt. 1 lit. a RODO - Osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów - zgoda dotyczy numeru telefonu.
* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
* Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
* Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania.
* W przypadku informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
* Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

(pieczęć pracodawcy)

**ZAŚWIADCZENIE**

**O KWOCIE DZIENNEGO UTRACONEGO WYNAGRODZENIA W ZWIĄZKU
Z ODBYTYMI ĆWICZENIAMI WOJSKOWYMI**

**………………………………………………………………..**(imię i nazwisko żołnierza)

**…………………………………………………………………**(numer PESEL)

**…………………………………………………………………..**
(adres zamieszkania żołnierza)

**Niniejszym zaświadcza się, że kwota dziennego utraconego wynagrodzenia ww. żołnierza
w związku z odbyciem ćwiczeń wojskowych wynosi zł.**

(słownie: )

Termin odbycia ćwiczeń wojskowych: od do

(dd-mm-mr) (dd-mm-mr)

Kwota dziennego utraconego wynagrodzenia w niniejszym zaświadczeniu została określona na podstawie art. 119 a ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczpospolitej Polskiej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1541 ze zm.) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącym żołnierzami rezerwy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 881 ze zm.).

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do wy sławienia zaświadczenia)