**OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH DLA PRACOWNIKA**

**1. Imię (imiona) i nazwisko**....................................................................................................

**2. Numer ewidencyjny PESEL**..............................................................................................

**3. Adres zamieszkania**

Ulica:............................................................ Nr domu:....... Nr mieszkania: ...........

Kod pocztowy: ................... Miejscowość ............................................. Poczta: ......................................

**4. Adres zameldowania**

Ulica:............................................................ Nr domu:....... Nr mieszkania: ...........

Kod pocztowy: ................... Miejscowość ............................................. Poczta: ......................................

**5. Adres do korespondencji**

Ulica:............................................................ Nr domu:....... Nr mieszkania: ...........

Kod pocztowy: ................... Miejscowość ............................................. Poczta: ......................................

**6. Stopień niepełnosprawności**

**Mam ustalony stopień niepełnosprawności (Jeśli TAK załącz kopię decyzji)** **Tak** □ **Nie** □

□ lekki □ umiarkowany □ znaczny

**7. Prawo do emerytury lub renty**

**Mam ustalone prawo do emerytury (Jeśli TAK proszę załączyć kopię decyzji)** **Tak** □ **Nie** □

znak: …………………………………………………………………………….………….

**Mam ustalone prawo do renty** /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp**.**

**(Jeśli TAK proszę załączyć kopię decyzji)**  **Tak** □ **Nie** □

znak: ………………………………..od ………………………… do dnia ………………………………

**Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/** ….…………………………………………..………………………………………………………………………………

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

(*miejscowość i data*) (*podpis pracownika*)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**DLA PRACOWNIKA W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM DO**

**ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

1. Administratorem danych osobowych jest spółka ARBET Investment Group Sp. z o.o. z siedzibą w Olsztynie, ul. Budowlana 3, 10-424 Olsztyn, , zwana dalej: „Administratorem”.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu zgłoszenia pracownika oraz członków jego rodziny do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
3. Podanie danych osobowych jest warunkiem ustawowym, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zrealizowania obowiązków ustawowych przez Pracodawcę. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: „RODO”, w zw. z art. 36 ust. 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres trwania stosunku pracy oraz przez okres 10 lat po ustaniu zatrudnienia.
5. Dane osobowe będą przetwarzane w ramach grupy kapitałowej.
6. Dane osobowe będą udostępniane innym odbiorcom, w tym organom państwowym oraz podmiotom, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych. Podmioty którym powierzono przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, należą w szczególności do kategorii dostawców rozwiązań infrastrukturalnych i mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w myśl RODO w państwie trzecim. Podmioty te mogą również wykorzystywać do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych dalsze podmioty, które mogą przetwarzać je w państwie trzecim. Do kategorii odbiorców, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych, należą również między innymi: jej podwykonawcy, dostawcy oraz zewnętrzne podmioty współpracujące z Administratorem, świadczące usługi takie jak: obsługa administracyjna, obsługa prawna, obsługa informatyczna.
7. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Panu/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu w tym zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

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

 (miejscowość i data) (podpis pracownika)