Załącznik nr 2 do Uchwały Nr XVIII.286.2021

Rady Gminy Skrzyszów

z dnia 24 czerwca 2021 r.

**Oświadczenie**

**o średnich dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną dla nauczycieli**

Ja, niżej podpisany oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny wyliczony na podstawie dochodów ze wszystkich źródeł\* osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………………………… zł,  
słownie ……………………………………………………………………………………… .

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, zgodnie z ustawą   
o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.  
z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

……………………….. ……………………….

(data) (czytelny podpis)

\*do dochodu wlicza się dochód wynikający ze stosunku pracy, również z umów zlecenia i umowy o dzieło