Załącznik nr 8 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń
Socjalnych Starostwa Powiatowego w Lubaczowie

……………………………………………. ………………………………………….…...

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

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, że jako członek Komisji Socjalnej Starostwa Powiatowego w Lubaczowie zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych Uprawnionych do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, które będę przetwarzał/a w imieniu………………………………………………………………………………………………… w celu przyznawania/ustalania wysokości świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

……………………………………...

 *(data i podpis)*