



Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer og staður: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Reikningsnúmer: _____

Styrkur sem sótt er um:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heilsuefling (líkamsræktar/sundkort, einkaþjálfun eða þjálfun í hóp, ýmis íþróttabúnaður, hlaupa/gönguskór) | <input type="checkbox"/> Glasa-, tæknifrjóvgun eða ættleiðing |
| <input type="checkbox"/> Fæðingarstyrkur | <input type="checkbox"/> Sálfræðimeðferð, ADHD greining hjá geðlækni, fjölskylduráðgjöf |
| <input type="checkbox"/> Göngugreining / innlegg | <input type="checkbox"/> Heyrnartæki |
| <input type="checkbox"/> Dánarbætur | <input type="checkbox"/> Gleraugu, linsur, laseraðgerð á augum |
| <input type="checkbox"/> Heilsufarsskoðun (krabbameinsskoðun, skoðun hjá Hjartavernd, ómskoðun, speglanir og tannlæknakostnaður) | <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun, sjúkranudd, kírópraktor |

Með umsókn þarf að skila greiðslukvittun og/eða staðfestum reikningi með nafni og kennitölu

Ég veiti starfsmönnum Verkalýðsfélags Akraness (VLFA) samþykki til öflunar, skráninga og vinnslu upplýsinga er varða umsókn þessa. Vinnsla þessara persónuupplýsinga byggir á 3. tl. 1. mg. 9. gr. og 1. mg. 11. gr. laga nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga. Heimilt er að draga til baka, með skriflegum hætti, samþykki þetta í heild eða hluta á hvaða tíma sem er og slík afturköllun hefur ekki áhrif á vinnslu umsóknar fram að því.
I give my consent to Verkalýðsfélags Akraness (VLFA) employees to collect, record and process information regarding this application. The processing of personal information is based on the Act no. 90/2018 on personal data protection and processing of personal data. This consent may be withdrawn in writing, in whole or in part at any time and such withdrawal will not affect the processing of the application until then.

Ég samþykki skráningu netfangs, símanúmers og annarra upplýsinga, sem notaðar verða til samskipta VLFA við félagsmann, t.d. upplýsingar tengdar kjarasamningbundnum réttindum, orlofskostum og öðru því sem félagið vill koma á framfæri við félagsmann.
I agree to the registration of my email address, phone number and other information which VLFA will use to provide information to members, e.g., information related to collective agreements, vacation options and other information the Union considers relevant.

Með undirskrift minni lýsi ég því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gefnar eftir bestu vitund. Að auki mun ég upplýsa um breyttar aðstæður sem geta haft áhrif á umsóknina sem þá verður endurskoðuð.

With my signature, I declare that the above information is correct and given to the best of my knowledge. In addition, I will inform of any changes of circumstances that may affect the application, which will then be reviewed.

Dagsetning

Undirskrift

Afgreiðsla umsóknar, fyllist út af Verkalýðsfélagi Akraness

Starfshlutfall sl. 12 mán. _____ %

Upphæð kostnaðar: _____ - _____ - _____

Samþykkt styrkuppahæð: _____ - _____ - _____

Akranesi, ____ / ____ 202

Staðf. starfsm. VLFA