**國立澎湖科技大學個人資料蒐集聲明暨同意書**

國立澎湖科技大學(以下簡稱本校)依據「個人資料保護法」第八條第一項規定，向台端告知下列事項。當您簽屬本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。若您未滿十八歲，應於您的法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容，本校始得蒐集、處理、利用個人資料，並遵守以下所有規範。

一、個人資料蒐集之目的：辦理本校勞健保業務之需要

二、蒐集之個人資料類別:識別類(例如：姓名、國民身分證統一編號、特徵類(例如：出生年月日)及符合蒐集目的之各項個人資料類別等。

三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式:

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須之保存一年。

（二）地區：本國。

（三）對象：本校及其他與本校有業務往來之公務及非公務機關。

（四）方式：以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

四、您可依個人資料保護法，就您的個人資料行使以下權利：

（一）查詢或請求閱覽。

（二）請求製給複製本。

（三）請求補充或更正。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

惟依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須者，得不依您請求為之。

五、個人資料之提供：

（一）您若拒絕提供個人資料，本校將無法提供相關服務，亦可能無法維護您的權益。

（二）請依各項服務需求提供您正確、最新及完整的個人資料，若您的個人資料有任何異動，請主動向本校各業管單位申請更正。

（三）若您提供錯誤、過時、不完整或具誤導性的資料，而損及您的相關權益，本校將不負相關賠償責任。

六、本校聯絡方式:總機06-9264115轉分機 1323

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**簽章欄 (本聲明暨同意書由本校總務處事務組承辦單位收存)**

本人瞭解上述告知事項，並同意貴校在符合上述告知事項範圍內，蒐集、處理及利用本人所提供之各項個人資料。

 立同意書人: (簽名) 法定代理人：　　　　　　　 (簽名)

中華民國 年 月 日

(如同意簽名後，始填下一頁)

**國立澎湖科技大學勞(健)保退保及停繳勞退金申請書 114.03.10版
(學生及非教職員身分之臨時工)**

|  |  |
| --- | --- |
| 投保保險證號 | ※國民身分證影本或居留證影本(僅需正面)請務必清晰，如不清晰，一律退件 |
| 04010782W |
| 計畫名稱及計劃編號 |  | 聘用單位 |  |  |
| 聘僱期間 | 開始日： 年 月 日結束日： 年 月 日 | 退保日 |  |  |
| 退保原因 | □離職 □聘約到期 □契約提前終止 □轉換投保單位 |  |

**※附註**

一、 離職：離職或契約終止提前離職，計劃主持人或被保險人應主動告知事務組，如未按規定辦妥離職手續，致未能及時通知停保，所衍生雇主及被保險人應繳之勞、健保費及勞退費，概由計劃主持人或被保險人自行負擔。

二、本組將於此申請表填寫收件日期，並依規定辦理退保作業。

**本人已詳細閱讀上述事項，並同意遵守。**

**（被保險人）本人簽章：** ＿＿＿＿＿＿＿＿

**聘用單位老師或計畫主持人 簽 章：**＿＿＿＿＿＿＿＿

----------------------------------------------------------------------------------------------------

**以下欄位由總務處事務組承辦人填寫:**

事務組登錄備查（請勿自行填寫） 收件日：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日，承辦人：＿＿＿＿

申請人請於送交人事室前自行影印留存收執