zał nr 4

do Regulaminu ZFŚŚ NEiR

NAZWISKO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

IMIĘ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

SYMBOL EMERYTURY/RENTY.......................................................................................

Adres zamieszkania………………………………................................................................

Numer telefonu ……………………………………..........................…….............................

Ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę lub rentę; ………………………….

 PODANIE

Proszę o przyznanie mi ZAPOMOGI SOCJALNEJ w roku bieżącym zgodnie z obowiązującym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych emerytów i rencistów byłych nauczycieli.

UZASADNIENIE - inf. o sytuacji życiowej i rodzinnej Wnioskodawcy:

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

Oświadczam, że dochód netto na osobę w mojej rodzinie wynosi: ……………………..

MÓJ NUMER KONTA:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z obsługą Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zawarta jest w Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Emerytów i Rencistów byłych Nauczycieli.

Wnioskodawca oświadcza, że wypełnił obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 i 14 RODO dotyczący przetwarzania danych osobowych przez MCOO oraz macierzystą placówkę, w której wnioskodawca był zatrudniony, wobec osób, których dane podał w związku z niniejszym wnioskiem.

Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym podaniu.

Kraków, dnia....................................... ....................................................

 /czytelny podpis/

Dochody zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionych przez wnioskodawcę dokumentów przez pracownika Działu Socjalnego

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

pieczątka i podpis pracownika potwierdzającego

Przyznana zapomoga ........................................................

PODPIS PRACOWNIKA MCOO PODPIS KOMISJI