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 **ZAPOMOGI LOSOWEJ** z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych emerytów i rencistów byłych nauczycieli:

UZASADNIENIE:

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

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

MÓJ NUMER KONTA:

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

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z obsługą Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zawarta jest w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. 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 jest/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 wniosku.**

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

/czytelny podpis/

Data Komisji: …………………………..………………… podpisy Komisji:

PROTOKÓŁ NR: ………………………………………….

Przyznana kwota: ……………………………..……………

Podpis pracownika MCOO: ……………………………….