zał nr 3

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 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/

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

*..............................................................*

*pieczątka i podpis pracownika potwierdzającego*

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

PROTOKÓŁ NR: ………………………………………….

Przyznana kwota: ……………………………..……………

Podpis pracownika MCOO: ……………………………….