ZAŁĄCZNIK nr 1

……………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………………….

(nauczyciel/emeryt/rencista)

………………………………………………

(adres) Szkoła Podstawowa w Kwaczale

ul. Jana Pawła II 2

32-566 Alwernia

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ**

**Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

Wnoszę o przyznanie mi zapomogi losowej z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………

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

W przypadku otrzymania zapomogi proszę o przekazanie jej na rachunek bankowy

nr …………….....………........................................................................................

**Załączniki:**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ZFŚS w celu otrzymania świadczeń lub zapomogi.**

**Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna.**

….................…………

(podpis wnioskodawcy)

**OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ:**

Decyzją z dnia ……………………………….. Komisja Socjalna proponuje przyznać pomoc w formie: .................................................................................................................................................w kwocie …………………………….. .

Decyzją z dnia ……………………………….. nie przyznano pomocy z powodu: ……………………………………………. .......................................................................................... …...........................................................................................................................................................

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

W terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji wraz z uzasadnieniem przysługuje prawo złożenia wniosku do Pracodawcy o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Komisja Socjalna:

* 1. .................................................................... 2. ....................................................................