|  |  |
| --- | --- |
| **DANE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**…………………………………………………….......................….(imię i nazwisko)  | *..............................................................* *(miejscowość, data)* |
| …………………………………………………….......................…. (adres zamieszkania) |  |
| ……………………………………………….….....................…..…(pracownik – stanowisko / emeryt) |  |

……………………………………………………………….………

(dane kontaktowe - nr tel./email)

…………………………………………………………………………………………………………………..……

**EMERYT – NR KONTA BANKOWEGO**

**Komisja Socjalna**

**ZFŚS ZSO 4 w Szczecinie**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z ZFŚS**

Zwracam się z wnioskiem o udzielenie świadczenia ZFŚS z tytułu dofinansowania wypoczynku organizowanego we własnym zakresie (tzw. „wczasy pod gruszą”)

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałam (łem) się z Regulaminem ZFŚS ZSO nr 4 w Szczecinie.

………........................…………………

(data i podpis wnioskodawcy)

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu …………….…….………

• Pozytywnie zaopiniowała przyznanie świadczenia finansowego dla pracownika

w wysokości………………… (słownie zł: ……............................................................................)

• Negatywnie zaopiniowała przyznanie świadczenia finansowego dla pracownika:

uzasadnienie …………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji Socjalnej w tym przedstawiciela związków:

1.................................. 2................................... 3.................................. 4………………………..

**Decyzja Pracodawcy o przyznaniu świadczenia:**

\*Przyznaję świadczenie finansowe w wysokości …………………

(słownie zł: ……………………………………………………………………………………………..)

\*Nie przyznaję świadczenia finansowego – uzasadnienie ......................................................................

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

…………………………………………….

data, podpis Pracodawcy

 ***\* niepotrzebne skreślić***