|  |  |
| --- | --- |
| **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 bezzwrotnej pomocy socjalnej.

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

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

Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z Regulaminem ZFŚS ZSO nr 4 w Szczecinie. Do wniosku dołączam wymagane załączniki (zgodnie z §18Regulaminu ZFŚS)

………................…………………

(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 ......................................................................

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

***\* niepotrzebne skreślić***

…………………………………………….

data, podpis pracodawcy