Załącznik nr 3 do Regulaminu ZFŚS Akademii Piotrkowskiej

**WNIOSEK**

**o objęcie pomocą ZFŚS**

**byłych pracowników Akademii Piotrkowskiej i ich rodzin**

1. **Nazwisko i imię** ………………………………………………………….……

**2**. **PESEL** ………………………………………………………….....…

**3. Adres zamieszkania**

kod:……….…………………….

poczta …………………………………………………………...

ulica…………………………………………………………….…

miejscowość ……………………………………….………..

telefon………………………………………………….……….

**4. Numer świadczenia** ……………………………………………………………………………………………………………………....

 (emerytury/ renty/świadczenia przedemerytalnego).

**5. Nr konta bankowego** …………………………………………………………………………………………………………………..….

**Ja, niej podpisana/y**

□ w związku z przejściem na emeryturę / rentę od dnia ………………………………..

□ w związku z uzyskaniem świadczenia przedemerytalnego od dnia ………………………………….

wnioskuję o objęcie mnie świadczeniami socjalnymi ZFŚS Akademii Piotrkowskiej.

Oświadczam, że Akademia Piotrkowska była moim ostatnim miejscem pracy.

……..……………………….. ………………………………………………...

(**miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją wynikającą z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz. Urz. UE. L. z 04.05.2016 r. Nr 119 s. 1
o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych z ZFŚS.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis składającego oświadczenie)

**Informacja Działu Kadr :**

Zaświadcza się, że Pani / Pan …………………………………………………………….………………………………………………

była/był pracownikiem Akademii Piotrkowskiej do dnia …………………………………………………...………………. na stanowisku …………………………………………………..…...

Od dnia………………………………………………………… w/w przysługuje świadczenie emerytalne/rentowe / lub

świadczenie przedemerytalne.

………………………………………………………………

**(data i podpis pracownika Sekcji ds. kadrowych**)