Załącznik nr 5 do Regulaminu ZFŚS Akademii Piotrkowskiej

**WNIOSEK**

**o przyznanie dofinansowania do wypoczynku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wczasy zorganizowane |  | Obozy młodzieżowe |  | Wycieczki |
|  | Wczasy indywidualne |  | Kolonie |  | Inna forma wypoczynku |

(właściwe zakreślić)

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

(nazwisko i imię wnioskodawcy) (miejscowość, data)

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

(miejsce pracy, stanowisko / status emeryta, rencisty)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Członkowie rodziny /dzieci/**  **uprawnieni do świadczeń socjalnych** | **Rodzaj**  **pokrewieństwa** | **Miejsce nauki potwierdzone**  **zaświadczeniem ze szkoły/uczelni** |
| **Data**  **urodzenia** |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

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

(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)

**W/w jest zatrudniony na pełnym/niepełnym etacie na czas nieokreślony/określony w terminie do…………………………………………………………….. /nie dotyczy emeryta/rencisty/**

Potwierdzenie wykorzystanego lub planowanego urlopu wypoczynkowego pracownika

(min. **14 kolejnych dni kalendarzowych**) w terminie: .............................................................................

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

( data i podpis pracownika Sekcji ds. kadrowych lub bezpośredniego przełożonego*)*

**Komisja Socjalna kwalifikuje - nie kwalifikuje do dofinansowania w ustalonej Regulaminem**

**wysokości dla:**

**pracownika ……………………………………….. zł , członków rodziny ………………..………….…………………… zł**

Data ....................................... ..............................................................................

(podpisy członków Komisji Socjalnej)