

Włocławek, dnia.....

.....

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....
(nauczyciel/pracownik administracji, obsługi/rencista/emeryt/
nauczyciel pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....

(adres)

Dyrektor

.....
Zespołu Szkół nr 3
im. Marii Grzegorzewskiej
Ul. Nowomiejska 21
87-800 Włocławek

WNIOSEK O JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE FINANSOWE

Zwracam się z wnioskiem o jednorazowe świadczenie finansowe.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ZFŚS w Zespole Szkół nr 3 w celu otrzymania jednorazowego świadczenia finansowego.

.....
(podpis wnioskodawcy)

OPINIA PRACODAWCY W UZGODNIENIU ZE ZWIĄZKAMI ZAWODOWYMI

Decyzja z dnia Pracodawcy w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi działającymi na terenie szkoły proponuje przyznać pomoc w formie:.....
.....w kwocie.....

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

Podpisy Pracodawcy i przedstawicieli związków zawodowych działających na terenie szkoły

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....