**Załącznik Nr 5**

w sprawie Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej nr 45 w Szczecinie z dnia 01.02.2018 r.



**……………………………………………………………..………………**

(Imię i nazwisko wnioskodawcy) /pracownik / emeryt / rencista – określić/



**………………………………………………………………….…………**

/ Adres zamieszkania / korespondencji /



**……………………………..……………………………………………**

Telefon kontaktowy

**Wniosek**

**o przyznanie dofinansowania do leczenia sanatoryjnego\*,**

**wczasów leczniczo-profilaktycznych\***

Proszę o przyznanie mi dofinansowania do leczenia sanatoryjnego\*, wczasów leczniczo-profilaktycznych\* zakupionych indywidualnie przez osobę uprawnioną,  
do miejscowości ..................................................... w okresie

.................................................... Poniosłam/łem koszt w wysokości ……………. zł.

Uzasadnienie wniosku:

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

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

**W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku przedstawiam następujące załączniki:**

1. Kopię faktury lub rachunku imienny potwierdzający poniesiony koszt na jedną osobę.
2. ………………………………………………………………………………………….

**Ja niżej podpisany Wnioskodawca oświadczam, że dochód przypadający   
na jednego członka rodziny wynosi …………...............zł**. **i, że jest on zgodny   
ze złożonym „Oświadczeniem o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej do celów ZFŚS” wg załącznika Nr 1 do Regulaminu ZFŚS.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprawdził/a……………………… | | ………………………..………………………. | | |  |
| (data i podpis ) | | (data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie) | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Imię i nazwisko | Pokrewieństwo | Miejsce pracy | Czas trwania nauki |  |
| Lp. | Nazwa szkoły |  |
| Dzieci – data urodzenia | Bieżący rok nauki |  |
|  |  | Nazwa uczelni |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Wnioskodawca |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verte**

- 1 -

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma/my odpowiedzialności regulaminowej i karnej. Wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymania świadczenia   
z ZFŚS w Szkole Podstawowej nr 45 w Szczecinie.

Szczecin, dnia ………………………………… ……………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**DECYZJA DYREKTORA**

\*) Przyznano dofinansowanie do leczenia sanatoryjnego\*, wczasów leczniczo-profilaktycznych\*   
w wysokości ………………zł.

\*) Nie przyznano dofinansowania do leczenia sanatoryjnego\*, wczasów leczniczo-profilaktycznych\* ………………………………………………………………..

(podać powód)

…………………………………………

(data i podpis dyrektora)

**\* niepotrzebne skreślić**

- 2 -