

100

/nazwisko i imię/

/stanowisko, jednostka organizacyjna Instytutu

adres zamieszkania, telefon w przypadku

/PESEL/

WNIOSEK

o przyznanie*

Bezwzględnej pomocy finansowej:

- choroba

UZASADNIENIE

prawdziwość
względ
przedstawionych
danych
ustalonych
na
podstawie
dokumentów
które

świadczczenia z mojego wynagrodzenia i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy.

wypłat przyznanych świadczeń.

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji

Komisja proponuje przyznać/ nie przyznać

Podpisy Członków Komisji