

ZAŁĄCZNIK NR 2
do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych CO-1

Warszawa, dnia

.....
/nazwisko i imię/

.....
/stanowisko, jednostka organizacyjna Instytutu, telefon/

.....
/PESEL/

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania do wypoczynku indywidualnego dla pracownika

Oświadczam, że:
w okresie od dnia do dnia korzystałam/em z urlopu
wypoczynkowego.

W razie złożenia nieprawdziwego oświadczenia o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, wyrażam zgodę na potrącenie w/w przyznanego świadczenia z mojego wynagrodzenia i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie, w celu rozpatrzenia wniosku o udzielenie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz w celu realizacji wypłat przyznanych świadczeń.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Poświadczenie pracownika DSPSS

.....
Data i podpis

Kwota przysługującego dofinansowania, zgodnie z Planem Finansowym Funduszu i załącznikiem nr 7 do Regulaminu wynosi

..... zł brutto

.....
podpis, pieczęć pracownika DSPSS