*załącznik nr 2*

**Szkoła Podstawowa Nr1   
im. Jana Brzechwy w Suliszewie   
73-222 Suliszewo, ul. Zwycięstwa 26  
tel. 095 7656411  
e-mail: spsuliszewo@post.pl**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE O ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO**

**………………………………………………………………….**

Imię i nazwisko wnioskodawcy

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

stanowisko

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

Miejsce zamieszkania

**Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr1**

**im. Jana Brzechwy**

**w Suliszewie**

**Proszę o przyznanie następującego świadczenia:**

* bony towarowe lub świadczenie pieniężne lub karta *podarunkowa* ,
* wczasy pod gruszą,
* paczki dla dzieci pracowników do lat 15,
* wypoczynek w dni wolne od pracy (wycieczki, wyjazdy grupowe),
* pomoc finansowa, losowa,
* wypoczynek dzieci i młodzieży,
* pobyt dzieci pracowników w żłobku, przedszkolu,
* pobyt w sanatorium
* zakup biletu wstępu
* pożyczka mieszkaniowa.

**Uzasadnienie:**

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

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

**Oświadczenie o dochodach:**

Oświadczam, że przeciętny dochód **miesięczny brutto** mój i członków mojej rodziny zamieszkujących razem i prowadzących wspólne gospodarstwo wyliczony na podstawie zeznań PIT za ostatni rok wyniósł: ………………….…, co w przeliczeniu na **jednego członka rodziny** stanowi ……………….(słownie………………………………………………………………)zł

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 K.K. Oświadczam, że znam treść zakładowego regulaminu świadczeń socjalnych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w tym dokumencie w celu korzystania z ZFŚS .

……………………………..

**podpis wnioskodawcy**

**Decyzja:**

W uzgodnieniu z przedstawicielami organizacji związkowych działając na podstawie Regulaminu Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującego w Szkole Podstawowej Nr1 im. Jana Brzechwy w Suliszewie i w oparciu o załączniki

przyznano / odmówiono Świadczenie ZFŚS

w wysokości ………………………………………… Od niniejszej decyzji nie przysługuje odwołanie.

*………………………………………………… ……………………*

*Przedstawiciele Organizacji Związkowych Dyrektor*