Załącznik Nr 1

Wrocław, dnia.............................

Pracownik / Emeryt / Rencista\*

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

(imię i nazwisko)

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

(adres zamieszkania)

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

(tel. Kontaktowy)

Komisja Socjalna

Lotniczych Zakładów Naukowych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków ZFŚS wypoczynku letniego

Informacja o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia  | Miejsce nauki |
| 1 |  | współmałżonek | X | X |
| 2 |  | córka/syn |  |  |
| 3 |  | córka/syn |  |  |
| 4 |  | córka/syn |  |  |
| 5 |  | córka/syn |  |  |

 *W przypadku dzieci uczących się, powyżej 18 roku życia, zaświadczenie lub legitymacja szkolna. W przypadku kserokopii legitymacji – oryginał do wglądu.*

**Oświadczam, że miesięczny dochód brutto przypadający na 1 osobę w mojej rodzinie wynosi .........................zł – słownie ………..…………..………………………………………………..**

**UWAGA!** Miesięczny dochód brutto oznacza łączny przychód roczny pomniejszony o koszty uzyskania przychodu każdego członka rodziny prowadzącego wspólnie gospodarstwo domowe, podzielony przez 12 m-cy i podzielony przez ilość osób w rodzinie, na podstawie PIT-ów za ubiegły rok.

 \* - właściwe podkreślić

 Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że dochód w mojej rodzinie podany jest ze wszystkich źródeł, a dane podane we wniosku są prawdziwe.

 W razie zmiany sytuacji życiowej zobowiązuję się powiadomić Komisję Socjalną.

 Znane mi są przepisy KK art. 233§ 1 i 2 o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych, niezgodnych z rzeczywistością danych.

 *Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb socjalnych /ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 101 poz. 929 z 2002r. z późn. zm./*

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

Podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji Socjalnej LZN**

Przyznana kwota zgodnie z tabelą dofinansowania. Protokół nr ………………

Przyznana kwota brutto: pracownik / emeryt …………………………..

 dziecko …………………………..

…..…………..………………..…………………

podpis Przewodniczącego Komisji