

Data wypełnienia:

Imię i nazwisko

Jednostka organizacyjna

Stanowisko Data zatrudnienia

Preferowana forma kontaktu (nr telefonu/e-mail)

WNIOSEK o dofinansowanie wypoczynku pracownika

Oświadczam, że będę korzystał/a z urlopu wypoczynkowego w okresie od do,
tj. co najmniej 14 dni kalendarzowych.

UWAGA: W przypadku przerwania lub anulowania urlopu, na który dofinansowanie zostało już wypłacone, pracownik zobowiązany jest wykorzystać urlop w wymaganym wymiarze w możliwie najszybszym terminie. W przeciwnym razie pracownik zobowiązany jest zwrócić wypłacone świadczenie w całości – szczegóły w Regulaminie ZFŚS (§ 12 ust. 1)

OŚWIADCZENIE

Liczba osób w rodzinie:		
Wnioskodawca	Współmałżonek/ka	Liczba dzieci, w tym: dzieci <u>uczące się</u> – maksymalnie do 26 roku życia oraz dzieci z niepełnosprawnościami – bez względu na wiek
	☐ TAK ☐ NIE	

miesięczny **dochód*** przypadający na 1 osobę wynosi (**właściwe podkreślić**):

a) do 3 600,00 zł b) 3 600,01 – 5 100,00 zł c) 5 100,01 – 6 600,00 zł d) powyżej 6 600,00 zł

***dochód** – zgodnie z § 2 ust. 7 Regulaminu ZFŚS należy przez to rozumieć przychód pomniejszony o zapłacone składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (znajdujące się w zeznaniu podatkowym – m. in. PIT-28, PIT-36, PIT-36L, PIT-37, PIT-40A/11A i inne).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach a prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis)

Wniosek należy złożyć w Dziale ds. Pracowniczych i Socjalnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Opinia Komisji Socjalnej:

- ☐ Pozytywna – w wysokości:.....zł
- ☐ Negatywna – wymaga uzasadnienia:.....
- ☐ Wezwanie do przedłożenia PIT – zgodnie z § 9 ust. 4 Regulaminu

.....
(data)

.....
(podpisy członków Komisji)