

Data wypełnienia: .....

Imię i nazwisko .....

Jednostka organizacyjna .....

Stanowisko ..... Data zatrudnienia .....

Nr telefonu .....

**WNIOSEK  
o dofinansowanie wypoczynku pracownika**

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

**OŚWIADCZENIE**

Liczba osób dorosłych w rodzinie:		Liczba dzieci do 18 roku życia:	Liczba dzieci do 26 roku życia – uczących się lub niepełnosprawnych (bez względu na wiek)
Wnioskodawca	1		
Współmałżonek/ka	TAK / NIE		

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

- a) do 3 300,00 zł      b) 3 300,01 – 4 800,00 zł      c) 4 800,01 – 6 300,00 zł      d) powyżej 6 300,00 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)