Szczecin, dn. ……………………

**WNIOSEK**

o przyznanie 70 % dofinansowania do imprez kulturalno-oświatowych

**DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

.......................................................................................  pracownik

*nazwisko i imię uprawnionego*

.........................................................................................................  emeryt / rencista

*jednostka organizacyjna pracownika PUM*

1) średni miesięczny dochód brutto liczony na jednego członka mojej rodziny uzyskany w okresie od 1.01.20…..r. do 31.12.20....r. nie przekroczył 140 % minimalnego wynagrodzenia i wyniósł: …………..

2) liczba członków mojej rodziny wraz ze mną wynosi: ............ osób,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | imię i nazwisko ***uprawnionego***  pracownika*/*emeryta/rencisty  *oraz* członka jego rodziny | stopień pokrewieństwa członka rodziny ***uprawnionego*** | | średni miesięczny dochód brutto z ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego złożenie wniosku *oraz* członków jego rodziny |
| 1 |  | ***uprawniony*** | |  |
| 2 |  |  | |  |
| 3 |  |  | |  |
| 4 |  |  | |  |
| 5 |  |  | |  |
| 6 |  |  | |  |
| **ŁĄCZNIE:** | |

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za złożenie fałszywego oświadczenia, za podanie nieprawdziwych danych. Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
2. Jestem świadomy, że zasady przetwarzania moich danych osobowych uregulowane zostały w Polityce Prywatności Pracowników i Współpracowników, dostępnej w Dziale Spraw Socjalnych Pracowników oraz na stronie www.pum.edu.pl/rodo.
3. Zapoznałem/łam się z niniejszym Regulaminem świadczeń z ZFŚS Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego   
   w Szczecinie.

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

*data*  *podpis uprawnionego wnioskodawcy*