Szczecin, dn. ..........................

**WNIOSEK**

o dofinansowanie wypoczynku zorganizowanego we własnym zakresie

w dniach od ………………………….do ....................................

**DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

............................................................... [ ]  pracownik  *nazwisko i imię uprawnionego*

................................………………… [ ]  emeryt / rencista

 *jednostka organizacyjna pracowników PUM*

Staż pracy w PUM liczony od dnia zatrudnienia do pierwszego dnia urlopu/terminu wypoczynku wynosi:

 [ ]  powyżej 6 miesięcy, [ ]  poniżej 6 miesięcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię ***uprawnionego*** oraz dziecka/ci***uprawnionego*** | data urodzenia **dziecka/ci** | nazwa szkoły dziecka/ci***uprawnionego 1)*** |
| 1 |   |  |  |
| 2 |  |   |   |
| 3 |  |   |   |
| 4 |  |   |   |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

 *UWAGA!!*

*1) w przypadku dzieci od ukończenia 18 lat do ukończenia 25 lat wymagane zaświadczenie o kontynuacji nauki*

**Oświadczam, że**:

1. liczba członków mojej rodziny wraz ze mną wynosi: .......... osób,
2. średni dochód brutto na członka mojej rodziny, wyliczany zgodnie z regulaminem gospodarowania środkami zakładowego funduszu świadczeń socjalnych PUM mieści się w grupie dochodowej określonej w Tabeli stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu:

[ ]  I [ ]  II [ ]  III

3) średni miesięczny dochód brutto liczony na jednego członka mojej rodziny uzyskany w okresie

 od 1.01.20….. r. do 31.12.20…. r. wyniósł: ……………………………. *(Punkt 3 oraz poniższą tabelkę wypełniają osoby, które zaznaczyły przedział dochodowy I bądź II).*

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

Przyznane dofinansowanie:

[ ]  proszę przelać na moje konto bankowe nr: …………………………………………………......................................

[ ]  proszę wysłać przekazem pocztowym na adres: ……………………………………………………………………..

 (świadczenie zostanie pomniejszone o koszty przekazu pocztowego)

[ ]  odbiorę w kasie banku w oddziale Santander Bank Polski S.A. (należy podać dodatkowo):

1. PESEL lub numer dokumentu tożsamości:……………………………………………….
2. adres zgodny z danymi adresowymi z dokumentu tożsamości, a w przypadku braku jego wskazania w dokumencie tożsamości aktualny adres zamieszkania ……………………………………………………….

**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.

 ……………………………………………………

  *podpis uprawnionego wnioskodawcy*

**ADNOTACJA DZIAŁU KADR PUM *(nie dotyczy emerytów i rencistów)***

Potwierdzam fakt udzielenia Wnioskodawcy urlopu wypoczynkowego w dniach ........................................... podanego przez ***uprawnionego*** we wniosku oraz, że jego staż pracy w PUM wynosi:

[ ]  powyżej 6 miesięcy [ ]  poniżej 6 miesięcy.

Szczecin, dn. ........................... ......................................................

 *podpis pracownika Działu Kadr PUM*

**ADNOTACJA DZIAŁU SPRAW SOCJALNYCH PRACOWNIKÓW PUM**

1. liczba osób uprawnionych do dopłaty .........................
2. kwota dopłaty brutto na 1 uprawnioną osobę .........................
3. łączna suma dopłat brutto .........................
4. łączny podatek od osób fizycznych (od poz. c) .........................
5. kwota do wypłaty netto (poz. c minus poz. d) .........................

Szczecin, dn. .................................. ....................................................

 *podpis pracownika DSSP*

**DECYZJA W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA**

[ ]  Zatwierdzam dopłatę w wysokości ...............................zł brutto

(słownie: ........................................................................................................................zł).

[ ]  Nie przyznaję dopłaty, z uwagi: .......................................................................................................................................

Szczecin, dn. ................................ .....................................................

 *podpis Kanclerza lub Z-cy Kanclerza*

**POLECENIE WYPŁATY DLA:**

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

*nazwisko i imię uprawnionego wnioskodawcy*

Wypłata dotyczy konta zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, dokonywana jest z tytułu: *dofinansowanie do wypoczynku*  i po potrąceniu podatku od osób fizycznych wynosi: .......................... zł

(słownie:................................................................................................................................zł).

 Szczecin, dn. ..................... .........................................................

 *podpis Kwestora lub innej osoby upoważnionej*