data złożenia wniosku.....

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

.....
Tel. kontaktowy

W N I O S E K

O REFINANSOWANIE

Z OKAZJI DNIA DZIECKA

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia dzieci (zgodnie z Uchwałą ZZ dzieci, które nie ukończyły 16 lat)
1		
2		
3		
4		

Warunkiem wypłaty świadczenia będzie złożenie przez pracownika wniosku w terminie

Oświadczam, że:
1) została mi przedstawiona informacja wynikająca z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń Socjalnych. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane.

.....
podpis wnioskodawcy

nr konta bankowego: