

.....
miejsowość data

.....
nazwisko i imię

Prezydium Zarządu ZZPNNA

.....
Adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

WNIOSEK

o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu ZGONU

Proszę o wypłacenie mi zasiłku statutowego z tytułu zgonu*

data

(członka ZZPNNA, współmałżonka, rodzica, dziecka, teściów):

(nazwisko i imię)

.....
Przelew na rachunek bankowy nr.....

na dowód przedstawiam:

- Odpis aktu zgonu nr

.....
wystawiony przez Urząd Stanu Cywilnego w

- Akt małżeństwa ubiegającego się o zasiłek (dot. zgonu teściów)

Prawdziwość danych stwierdzam:

.....
data i podpis przyjmującego wniosek

.....
podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku (również danych wrażliwych dotyczących przynależności związkowej) w celu przyznania mi zasiłku statutowego.

Oświadczam, że należę tylko do jednego Związku Zawodowego w Uniwersytecie Szczecińskim, tj. do ZZPNNA i tylko z tego Związku korzystam z ewentualnych świadczeń finansowych.

.....
podpis wnioskodawcy