

Piła, dnia.....

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. PESEL: Telefon kontaktowy:
4. Adres e-mail:.....
4. Status uprawnienia:
- emeryt - rencista*

**Wniosek o objęcie świadczeniami z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS)
ANS w Pile**

Na podstawie §6 ust. 1 pkt 2 *Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile*, oświadczam, że wyrażam wolę objęcia mnie pomocą z Funduszu oraz chęć korzystania ze świadczeń przysługujących osobom uprawnionym w roku kalendarzowym:.....

(proszę podać rok)

Dodatkowo

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Akademii Nauk Stosowanych w Pile i akceptuję jego postanowienia.
2. Jednocześnie oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą. W przypadku ich niezgodności z rzeczywistością jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego.
3. Zobowiązuję się do wykorzystania przyznanych środków zgodnie z deklarowanym celem.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.

.....

(data i podpis osoby uprawnionej)

Data złożenia wniosku:

.....

* prawidłową wartość zaznaczyć (X)