



## WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO WYPOCZYNKU

DLA EMERYTA/RENCISTY I DZIECI

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu .....

Numer konta osobistego na które zostanie przekazane dofinansowanie .....

- A. Dofinansowanie wypoczynku organizowanego we własnym zakresie.
- B. Refundacja kosztu wypoczynku zorganizowanego przez uprawnioną instytucję dla dzieci i młodzieży.

Stan rodziny emeryta/rencisty:

L.P.	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA DZIECKA	FORMA WYPOCZYNKU Z PKT. /A, B/
1.	emeryt/rencista		-----	
2.	współmałżonek/partner		-----	
3.	córka/syn			
4.	córka/syn			
5.	córka/syn			

Oświadczam, że miesięczny dochód po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodne z ustawą o podatku dochodowym przypadający na osobę w rodzinie w roku poprzedzającym przyznanie dopłaty wynosi:

..... słownie: .....

**UWAGA:** miesięcznym dochodem rodziny jest: roczna suma dochodów pracownika i współmałżonka/partnera oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodne z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób w rodzinie.





Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że dochód w mojej rodzinie jest podany ze wszystkich źródeł utrzymania, a dane zawarte we wniosku są prawdziwe. Znamy mi są przepisy Kodeksu Karnego art. 233 § 1 i 2 kk o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych, niezgodnych z rzeczywistością danych. Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb Komisji Socjalnej zgodnie z przepisami.

Wrocław, dnia .....

.....

(podpis wnioskodawcy)

### OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Komisja Socjalna na posiedzeniu w dniu ..... pozytywnie/ negatywnie<sup>\*)</sup> rozpatrzyła wniosek o przyznanie dofinansowania do wypoczynku w wysokości ..... zł brutto.

Podpisy Członków Komisji:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

### AKCEPTACJA PRACODAWCY

.....

(Dyrektor lub osoba upoważniona)

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*)</sup> druk dwustronny





.....

Wrocław, dnia .....

(nazwisko i imię)

.....

(stanowisko, dział)

**Oświadczenie**  
**osoby uprawnionej do świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**  
**Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu**

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 Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu.

2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS zgodnie z przepisami. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych osobowych jest Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu. Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, w jakich zostały zebrane. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Muzeum Poczty i Telekomunikacji we Wrocławiu, który został ustalony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych i uzgodniony z przedstawicielem załogi.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

