

Góra, dnia

.....
(imię i nazwisko składającego)

.....
(adres zamieszkania)

**WNIOSEK
o zapomogę pieniężną**

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi z ZFŚS.

- .. bezzwrotnej pomocy finansowej
 zapomogi zdrowotnej
 zapomogi losowej

Uzasadnienie:

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

Jako udokumentowanie przedstawionej powyżej sytuacji załączam następujące dokumenty:

1.
2.
3.

. Zaznaczyć właściwe pole

(Osoby ubiegające się o zapomogę zdrowotną zobowiązane są do dostarczenia aktualnego zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub dokumentacja przebytego leczenia, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, bądź kwotę przewidywanych kosztów leczenia)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół im. gen. Sylwestra Kaliskiego w Górze. Regulamin znajduje się na stronie <http://zszgoras.pol.pl/rodo/regulamin>

.....
(podpis wnioskodawcy)