**WNIOSEK O PRZYZNANIE LOSOWEJ ZAPOMOGI ZWIĄZKOWEJ**

 **ZE ŚRODKÓW MOZ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ” UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU .**

 **1. Dane wnioskodawcy.**

Nazwisko i Imię …………………………………………………………………………………………………………….

Jednostka Organizacyjna …………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy ………………………………………………………………………………………………………..

 2. **Mieszkam z rodziną** : TAK / NIE \*

 - mąż TAK / NIE \* ; dzieci TAK / NIE\*

 - - liczba dzieci uczących się …......................................................................................

 2.1 **Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe:** TAK / NIE \*

 3**. Łączny miesięczny dochód rodziny**: ……………………………………………………………………………………….

 / wynagrodzenie brutto wnioskodawcy , wynagrodzenie brutto współmałżonka , wysokość zasiłku dla bezrobotnych, alimenty , stypendium, emerytura brutto wnioskodawcy i współmałżonka , inne /.

 **4.Uzasadnienie wraz z dokumentacją**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 5. **Sposób przekazania pieniędzy \***

- osobiście z kasy sekretariatu Komisji ; przelew bankowy

– nr konta .

**Powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i ponoszę za nie pełną odpowiedzialność.**

**Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości że :**

 **- administratorem moich danych jest Komisja MOZ NSZZ „Solidarność” UMW**

 **- - przekazane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku**

**- - - administrator nie będzie przekazywać danych innym podmiotom.**

**Wrocław, dnia** …………………………………. …**podpis wnioskodawcy** ‘

**\*proszę właściwe podkreślić**.

 ………………………………………………………………….

 **Termin przyznania ostatniej zapomogi /** wypełnia przyjmujący **/**…………………………………………………….

 **Przyznano zapomogę w kwocie** ………………………………………… **dnia** ………………………………………………………