Załącznik Nr 4

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH DO ZAPOMOGI

Kielce, dn. ……..

……...
(Nazwisko i imię)

……...
(Ostatnie miejsce zatrudnienia)

……..
(Adres zamieszkania)

Nr telefonu ……...

Pesel …….

DYREKTOR
MIEJSKIEGO ZESPOŁU PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH
w K I E L C A C H

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja niżej podpisany/a/ niniejszym oświadczam, że w okresie **od 1 stycznia …..….. roku do 31 grudnia …..…. roku** miesięczny dochód brutto na osobę* wynosi ……..……....…..

Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto w banku** ……..……...….

nr……....

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.
Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art.233KK.

** W przypadku osoby, która nie posiada konta, prosimy o wpisanie danych osoby upoważnionej do obioru świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu postępowania o przyznanie świadczeń z ZFŚS zgodnie z przepisami. Administratorem danych osobowych jest MZPPP w Kielcach. Podstawą przetwarzania danych wnioskodawcy jest „Regulamin wspólnej działalności socjalnej dla emerytów i rencistów oświaty" ustalony na podstawie ustawy z dnia 4 marca 1994r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych i uzgodniony ze związkami zawodowymi.

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)