

Załącznik nr 2. do Regulaminu

.....
miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
miejsce pracy

.....
stanowisko, rodzaj umowy

Pan/Pani

.....
Dyrektor
Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN
we Wrocławiu

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia socjalnego

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia socjalnego z tytułu dofinansowania wypoczynku letniego organizowanego we własnym zakresie.

Oświadczam, że miesięczny dochód netto w roku na członka gospodarstwa domowego wyniósł zł natomiast roczny dochód netto gospodarstwa domowego to zł.

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe obejmuje następujące osoby:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Imię i Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis osoby uprawnionej

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która jest dostępna na stronie www IliTD PAN oraz u Sekretarza ZFŚS. Oświadczam, że ujawniając w treści wniosku dane osobowe osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wypełniłem/am obowiązki informacyjne IliTD PAN przewidziane w art. 14 RODO przekazując tym osobom w/w. Klauzulę informacyjną.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i danych dot. sytuacji materialnej, zgodnie z ustawą z 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) - art. 286 § 1

.....
podpis osoby uprawnionej