

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI BEZZWROTNEJ

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. NR NIP
5. Miejsce pracy.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że zostałem/łam pouczony/a o treści art. 271 kk o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia (karty leczenia szpitalnego, zaświadczenie od lekarza)
2. Oświadczenie o zdarzeniu losowym (potwierdzenie kradzieży (protokół policji), pożaru (protokół Straży lub Policji)
3. W przypadku choroby dziecka (od 18 do 25 roku życia) oświadczenie o nie uzyskiwaniu dochodów z pracy.

Zaświadczenie o opłacaniu składek członkowskich

Pan(i).....
zatrudniony(a) w naszym zakładzie na stanowisku.....
opłaca regularnie składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lesznie od dnia.....

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
podpis i pieczęć pracownika