

Załącznik nr 2a do Regulaminu ZFŚS WODN w Sieradzu

.....
imię i nazwisko uprawnionego

Zakładowa Komisja Socjalna
przy Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia
Nauczycieli w Sieradzu

.....
.....
adres zamieszkania

pracownik WODN/ emeryt/rencista*

Informacja o sytuacji rodzinnej osoby zamierzającej skorzystać ze świadczeń ZFŚS

Informuję, że zapoznałem się z Regulaminem ZFŚS WODN w Sieradzu i korzystam z przysługującego mi prawa nieskładania informacji o mojej sytuacji materialnej. Jednocześnie deklaruję, aby do celów przyznawania świadczeń z ZFŚS przyjęto, iż średni dochód w mojej rodzinie za rok poprzedzający złożenie wniosku znajduje się w najwyższej grupie dochodów.

Informuję, że moja rodzina składa się z:

lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa ze składającym informację (w przypadku dzieci także data urodzenia)
		Składający informację

Pouczenie: Świadomy(a) odpowiedzialności cywilnej i karnej oraz konsekwencji regulaminowych wynikających ze składania nieprawdziwych informacji, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych złożonych wyżej.

.....
data i podpis składającego informację

*niepotrzebne skreślić