

.....
Nazwisko i imię.....
Dokładny adres zamieszkania.....
Numer telefonu.....
Adres mailowy

*Odpowiednio zaznacz stanowisko:

*N – nauczyciel, *A – administracja, *O – obsługa, *EN – emeryt nauczyciel, *EA – emeryt administracja, *EO – emeryt obsługa

OŚWIADCZENIE Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że średnio miesięczny dochód brutto (pomniejszony o składki emerytalne, rentowe i chorobowe) za rok, przypadający na jednego członka mojej rodziny wynosi:

*niepotrzebne skreślić

- 1) do 1 500 zł*
- 2) powyżej 1 500 zł do 3 000 zł*
- 3) powyżej 3 000 zł do 4 500 zł*
- 4) powyżej 4 500 zł*

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
osoby/osób. W poniższej tabeli wymienić wszystkie osoby.

podać ilość osób
włącznie ze składającym oświadczenie

L.p.	Imię i nazwisko członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym uprawnionego do korzystania z ZFŚS (nie uwzględniać oświadczającego)	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Czy dziecko pobiera naukę? (TAK / NIE)	Czy członek rodziny osiąga dochody? (TAK / NIE)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych powyżej danych osobowych przez Pracodawcę Zespołu Placówek Szkolno – Wychowawczych w Głogowie do celów realizacji zadań Funduszu.

