...................................................... Szczecin, dn. .......................................

nazwisko i imię

......................................................

miejsce pracy – nr telefonu

.....................................................

adres domowy

.....................................................

data zatrudnienia w US

**W N I O S E K**

**o przyznanie wczasów wypoczynkowych organizowanych w Ośrodkach Wypoczynkowych**

**Uniwersytetu Szczecińskiego na preferencyjnych zasadach.**

**Miejscowość ………………………………………………………**

**Termin (od – do) ………….……………………………………………**

**Ubiegający się o wczasy:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Stopień  pokrewieństwa (dotyczy rodziny np. mąż, syn) | Data urodzenia dzieci | Miejsce pracy lub nauki | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że ilość osób w gospodarstwie domowym oraz wysokość dochodu za 20……… r.

zostały wykazane we wniosku o refinansowanie wypoczynku dorosłych i dzieci i nie uległy zmianie.

Liczba osób zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe ………………….. .

Dochód przypadający na jednego członka rodziny wyliczony zgodnie z regulaminie ZFŚS US

wynosi [[1]](#footnote-1)\* …………………………………..

**Należności za wczasy zobowiązuję się wpłacić w kasie Uczelni najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem turnusu. Jednocześnie oświadczam, że rezygnując z wczasów będę ponosić pełne koszty z tytułu ich niewykorzystania.**

……………………………………… ……….………………………………..

data i podpis pracownika przyjmującego wniosek data i podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

………………………………………….

podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Szczeciński w Szczecinie dla celów realizacji świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.z 2016 r. poz. 922) Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania i usunięcia.

………………………………………………………..

podpis wnioskodawcy

**Rozliczenie kosztów wczasów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoba korzystająca**  **z wczasów** | **Koszt skierowania** | **Odpłatność pracownika** | **Dopłata z ZFŚS** | **Podatek** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. \* wypełnia Sekcja Socjalna na podstawie przedłożonych dokumentów [↑](#footnote-ref-1)