

(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(zajmowane stanowisko)

.....  
(adres)

**Dyrektor**  
**Szkoły Podstawowej**  
**im. Króla Wł. Jagiełły w Medyce**

Wniosek

o przyznanie pomocy finansowej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Proszę o przyznanie pomocy finansowej na:

**pokrycie zwiększonych wydatków związanych z .....**

( rodzaj usługi lub świadczenia )

z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, zgodnie z regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szkoły Podstawowej im. Króla Wł. Jagiełły w Medyce

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji działalności Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią w/w ustawy.”

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy)