

Lublin, dnia roku

.....
Nazwisko i Imię

.....
jednostka organizacyjna

.....
telefon kontaktowy

WNIOSEK O ZASIŁEK STATUTOWY

Proszę o wypłacenie zasiłku statutowego z tytułu:

URODZENIA DZIECKA:

córki/syna.....
imię i nazwisko dziecka

ZGONU:

.....
stopień pokrewieństwa , imię i nazwisko

Proszę o wypłatę na wskazane konto bankowe:

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o przyznanie zasiłku/zapomogi/dofinansowania dla członka NSZZ Pracowników UM w Lublinie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000)

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam zgodność z Aktem URODZENIA/ZGONU

numer.....z dnia.....

wydanym w

.....
imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek