

Nazwisko i imię: _____

Jednostka organizacyjna: _____

Data i wymiar zatrudnienia: _____

Adres zamieszkania : _____

Telefon wewnętrzny.: _____ Telefon kom.: _____

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYPOCZYNKU DZIECI PRACOWNIKÓW

tylko zorganizowane formy wypoczynku - przez podmioty prowadzące zawodowo działalność w zakresie organizacji wypoczynku

Proszę o przyznanie dofinansowania do wypoczynku mojego dziecka/moich dzieci:*

Nazwisko i imię dziecka	Data urodzenia	Czas wypoczynku

Zorganizowanego przez

(wymienić) _____

szkoły, przedszkola, kluby i związki sportowe, organizacje społeczne i religijne oraz podmioty zawodowo zajmujące się organizacją wypoczynku dla dzieci i młodzieży

W formie: (właściwe podkreślić) kolonii, obozu młodzieżowego, wycieczki szkolnej, zimowiska, wyjazdu związanego z koniecznością zmiany klimatu i połączonego z nauką (zielone szkoły), wyjazdu związanego z leczeniem (pobyt w placówkach leczniczo-sanatoryjnych)

Koszt zakupu w/w formy wypoczynku dla mojego dziecka/moich dzieci* wyniósł _____ zł

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające poniesione koszty w postaci:

(faktura, rachunek, umowa cywilnoprawna inny dowód w oryginale UWAGA-potwierdzenie przelewu nie jest wystarczającym dowodem)

Przedstawiony rachunek powinien zawierać następujące dane:

- Nazwę i adres podmiotu prowadzącego działalność w zakresie organizacji wypoczynku,
- Tytuł zapłaty (tj. opłata za wczasy, kolonie, obóz itp.)
- Imię i nazwisko dziecka korzystającego z zorganizowanej formy wypoczynku,
- Miejsce i termin wypoczynku,
- Kwotę do zapłaty,
- Datę dokonania zapłaty

podpis pracownika

Data dostarczenia wniosku: _____

Opinia Komisji Socjalnej z dnia: _____

Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Socjalna przyznała dofinansowanie w kwocie: _____

podpisy członków Komisji Socjalnej

Wyliczenie dofinansowania do wypoczynku pracownika :

l.p.	Dofinansowanie z funduszu socjalnego	Potrącenie podatku	Do wypłaty	Podstawa obliczenia

podpis pracownika wyliczającego odpłatność

pieczęć i podpis Kierownika Działu Kadr

AKCEPTUJĘ:

Pieczęć i podpis Dyrektora SP ZOZ