

.....  
*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

□□□□□□□□□□

*(PESEL / obcokrajowcy data urodzenia rrrr-mm-dd)*

□□□□□□□□□□

*(nr dowodu osobistego / paszportu)*

.....  
*(telefon kontaktowy / adres e-mail)*

.....  
*(rodzaj i nr świadczenia ZUS)*

Data wpływu .....

**Wniosek**  
**o objęcie opieką ZFŚS w UWM**  
*(właściwe odpowiedzi zakreślić ☒)*

<b>Adres zamieszkania:</b> □□□□-□□□□ .....	<b>Nr konta bankowego:</b> □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
---	--

**Zwracam się z prośbą o nadanie uprawnień do korzystania ze świadczeń Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w UWM, jako:**

- emeryt – były pracownik Uczelni,  
 rencista – były pracownik Uczelni,  
 wdowa/wdowiec po byłym pracowniku Uczelni – osoba dodatkowo objęta opieką Funduszu,  
 inna osoba ..... dodatkowo objęta opieką Funduszu,  
 dziecko nieżyjącej osoby uprawnionej.

**Do wniosku załączam następujące dokumenty:**

- kserokopię dowodu osobistego .....  
*(w przypadku przesłania wniosku pocztą lub przekazania przez inną osobę),*
- kopię świadectwa pracy,  
 kopię decyzji ZUS,  
 pełnomocnictwo .....  
*(jeżeli wnioskodawca jest osobą niepełnoletnią i posiada pełnomocnika),*
- inne: .....

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- nie mam uprawnień do renty rodzinnej i nie posiadam innych dochodów,  
 utrzymuję się wyłącznie z renty rodzinnej,  
 nie posiadam uprawnień do korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w innym zakładzie pracy.

....., dnia .....

*(miejscowość)*

*(data)*

.....  
*(czytelny podpis wnioskodawcy/pełnomocnika wnioskodawcy)*

**Opinia związków zawodowych:**

.....

.....

**Akceptacja Rektora:**