

Ž I A D O S Ť

o poskytnutie sociálnej výpomoci z dôvodu straty zárobku vyplývajúcej z dlhodobej práceneschopnosti zamestnanca, člena odborov ZO ECHOZ pri Slovnafte, a.s.



Priezvisko a meno žiadateľa :

.....

Pracovisko : **os. č.** **tel.č.:**

Počet nezaopatrených detí v domácnosti – uviesť dátum narodenia detí:

.....

Sociálnu výpomoc žiadam vyplatiť v hotovosti/na účet č.*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyhlasujem, že svoje osobné údaje dávam ZO ECHOZ pri Slovnafte, a.s. dobrovoľne a súhlasím s ich spracovaním v zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a Nariadenia EP a Rady 2016/679 z 27.4.2016

.....
podpis žiadateľa

číslo ROD-ky

.....
Dátum, pečiatka, podpis predsedu ROD

Potvrdenie povereného útvaru zamestnávateľa:

PN od : **do:**

.....
Dátum, podpis a pečiatka

Vyjadrenie komisie SoZ:

- Vyplatené do:
- Vyplatiť od: čiastka:
- Za nezaopatrené dieťa.....
- Celkom:

.....
Komisia SoZ podpis
Schválené OV dňa/č. uznesenia:

*nehodiace sa škrtnite