

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(szkoła / placówka)

.....  
(data wstąpienia do związku i nr członkowski)

**Komisja Międzyzakładowa  
WZZ „Solidarność – Oświata”**

**W** .....

*Wnoszę – na podstawie § 9 i § 11 Uchwały Finansowej WZZ „Solidarność – Oświata” – o wypłacenie mi zasiłku statutowego z tytułu:*

- *urodzenia dziecka - ..... \**  
(imię i data urodzenia dziecka)
- *zgonu członka rodziny - ..... \**  
(imię i nazwisko członka rodziny)  
..... \*  
(stopień pokrewieństwa, data zgonu)
- *zgonu członka Związku - ..... \**  
(imię i nazwisko, data zgonu)
- *przejścia członka Związku na emeryturę - ..... \**  
(data odejścia na emeryturę / stałą rentę)

**W załączeniu przedkładam do wglądu oryginały:**

1. *właściwego aktu urodzenia / zgonu\* nr: ..... z dnia .....wydanego przez .....*
2. *dokumentów potwierdzających pokrycie kosztów związanych z pogrzebem\*\**
3. *dokumentów potwierdzających decyzję o przyznaniu emerytury / stałej renty\*\*\**

.....  
(podpis osoby działającej w imieniu Związku,  
której przedstawiono ww. dokumenty)

*Zasiłek statutowy proszę przekazać na rachunek bankowy nr: .....*

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzam odbiór zasiłku statutowego w wysokości: ..... zł. (słownie: ..... zł.)**

.....  
(data, podpis wnioskodawcy)

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *wyłącznie w przypadku osób występujących o zasiłek statutowy z tytułu śmierci członka związku*

\*\*\* *wyłącznie w przypadku osób ubiegających się o zasiłek z tytułu przejścia członka Związku na emeryturę / stałą rentę*