Wrocław, dnia

imię i nazwisko wnioskodawcy

adres zamieszkania

numer telefonu

**W N I O S E K**

**O WYPŁATĘ ZASIŁKU STATUTOWEGO Z TYTUŁU ZGONU CZŁONKA ZNP**

Proszę o wypłacenie mi zasiłku z tytułu zgonu żony/męża/matki/ojca/dziecka

na dowód czego przedstawiam do wglądu skrócony odpis Aktu Zgonu Nr

Wyrażam zgodę na wykonanie kopii tego dokumentu.

Oświadczam, że pokryłem (am) koszty pogrzebu (do wglądu dokument).

data i podpis

Stwierdzam, że wnioskodawca opłacał składki ZNP nieprzerwanie od do

Posiada staż członkowski oraz, że przedłożył oryginały dokumentów potwierdzających tytuł do otrzymania zasiłku.

data i podpis przyjmującego wniosek

DECYZJA RADY UCZELNIANEJ

Rada Uczelniana ZNP postanawia:

- przyznać zasiłek w kwocie zł (słownie: )

- odmówić przyznania zasiłku z powodu:

data i podpis Prezesa/Wiceprezesa

POKWITOWANIE

Potwierdzam odbiór kwoty zł

(słownie: zł).

data i podpis

Rodzaj i nr dowodu tożsamości

Stwierdzam zgodność z oryginałem.

data i podpis Kasjera