.....................................................................

*data wpływu wniosku i podpis pracownika Działu DLK*

**WNIOSEK**

**O WYPŁATĘ EKWIWALENTU NA WYPOCZYNEK POD GRUSZĄ**

1. Imię i nazwisko .....................................................................................................................................................

Dział/oddział .................................. nr osobowy ....................... nr tel. .................................................................

2. Oświadczam, że w Oddziale Kopalnia Węgla Brunatnego Turów zatrudniony/a jestem od dnia ………………………

*Osoba korzystająca z ulgowych usług i świadczeń (ze środków Funduszu), która złożyła oświadczenie niezgodne z prawdą, przedłożyła sfałszowany dokument lub w inny sposób świadomie i celowo wprowadziła w błąd albo wykorzystała przyznane środki z Funduszu niezgodnie z ich przeznaczeniem traci prawo do korzystania ze środków Funduszu przez trzy kolejne okresy, na jakie można otrzymać dane świadczenie lub pomoc. Ponadto jest zobowiązana do niezwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty dopłaty lub pomocy wraz z ustawowymi odsetkami.*

*Oświadczam równocześnie, że znana mi jest treść Regulaminu w sprawie zasad korzystania przez osoby uprawnione z usług i świadczeń socjalnych prowadzonych przez Oddział Kopalnia Węgla Brunatnego Turów ze środków ZFŚS.*

........................................................

*data i podpis wnioskodawcy*

3. Oświadczam, iż łączne dochody osób wspólnie zamieszkujących i gospodarujących przekraczają maksymalny pułap dochodowy.

........................................................

*data i podpis wnioskodawcy*

4. Oświadczam, że w okresie od dnia …………..…….……….. do dnia ………………….……… *(należy wpisać co najmniej 10 dni kalendarzowych)* przebywałem/am na urlopie wypoczynkowym / innych dniach wolnych, które wynikają z harmonogramu pracy zmianowej.

........................................................

*data i podpis wnioskodawcy*

1. Potwierdzam fakt korzystania przez pracownika z urlopu wypoczynkowego oraz innych dni wolnych wynikających z harmonogramu pracy zmianowej w okresie od dnia ……………….……….. do dnia …..….………….… .

........................................................

*data, pieczęć i podpis Kierownika*

6. Przyznano ekwiwalent na wypoczynek w wysokości ..........................................................................................zł.

Wypłata ekwiwalentu nastąpi poprzez listę płac przy najbliższej wypłacie wynagrodzenia.

......................... .................................................

*data podpis i pieczęć pracownika DLK*