Załącznik Nr 13

Starachowice, dn. ……

…….

imię i nazwisko

WNIOSEK O ZAPOMOGĘ BEZZWROTNĄ

Proszę o udzielenie mi bezzwrotnej pomocy finansowej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych z powodu*:

·zdarzenia losowego

·długotrwałej choroby

w wysokości: …… zł

Wniosek swój motywuję tym, że:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

podpis

Załączniki do wniosku:

1. ……
2. ……
3. ……

**niewłaściwe skreślić*