ZAŁĄCZNIK NR 1

…… Gdynia, dnia ……

imię i nazwisko

……

……

adres zamieszkania

telefon

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3 w Gdyni

Niniejszym oświadczam, że w roku poprzedzającym łączne dochody **BRUTTO** wszystkich członków mojej rodziny, wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, w przeliczeniu **na 1 osobę w rodzinie**, mieszczą się w przedziale:

A B C * * właściwą literę zakreślić **poniżej** kółkiem.

Legenda:

A- dochód na osobę do 3500 zł brutto

B- dochód na osobę od 3500,01 zł do 5300 zł brutto

C- dochód na osobę powyżej 5300,01 zł brutto

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnym podpisem, świadomy(a) odpowiedzialności regulaminowej i karnej.

W związku z korzystaniem z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych podaję nr konta, na które proszę przekazywać ewentualne świadczenia (**dotyczy jedynie emerytów i rencistów**):

Klauzula informacyjna zgodna z RODO znajduje się na stronie https://ppp3.edu.gdynia.pl/rodo/

……..

data i podpis