

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność”
w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego
ul. Żeromskiego 5, 25-369 Kielce

**Wniosek
o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu śmierci członka Związku/członka rodziny**

Proszę o wypłacenie mi zasiłku statutowego z tytułu śmierci członka Związku / członka rodziny:

.....
.....
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko zmarłego oraz - w przypadku śmierci członka rodziny – adres zamieszkania zmarłego)

Jako dowód przedstawiam do wglądu akt zgonu nr

wydany przez

Jako osoba niebędąca członkiem związku, ubiegająca się o zapomogę z tytułu śmierci członka związku, oświadczam iż pokrywam koszty pogrzebu (*skreślić, jeżeli nie dotyczy*).

.....
(nr konta bankowego, na który przelać zasiłek statutowy)

.....
Podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Zakładowej / Prezydium:

Zgodnie z decyzją Nr z dnia przyznano zasiłek statutowy z tytułu śmierci w wysokości zł

.....
Podpis przewodniczącego KZ

.....
Data i podpis wypłacającego /skarbnika/