**Załącznik nr 4**

do Regulaminu Zakładowego

Funduszu Świadczeń Socjalnych

 Szkoły Podstawowej nr 6

im. Lotników Polskich w Pile

..................................................... Piła, ....................................................

Imię i nazwisko

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

adres

……………………….

pracownik/emeryt

**O Ś W I A D C Z E N I E O D O C H O D A C H**

**składane do celów ZFŚS na rok 2018**

**przy Szkole Podstawowej nr 6 im. Lotników Polskich w Pile**

Ja, niżej podpisana/y niniejszym oświadczam, że w roku 2017 łączne dochody brutto wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących gospodarstwo domowe wyniosły …………............... złotych, co w przeliczeniu na ………… osób/osoby stanowi ………………………….………… złotych na jedną osobę miesięcznie.

**Dochód na jedną osobę to łączny dochód brutto członków rodziny w roku poprzedzającym złożenie wniosku podzielony przez 12 miesięcy i podzielony przez liczbę osób.**

Wykaz osób wspólnie zamieszkujących i prowadzących gospodarstwo domowe

(dzieci pozostające na utrzymaniu i wychowaniu w wieku do lat 18, a jeżeli się kształcą w systemie stacjonarnym do czasu ukończenia 24 roku życia):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  | wnioskodawca |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności cywilnej (art. 405-414 Kodeksu cywilnego) oświadczam, że własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym oświadczeniu. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść obowiązującego regulaminu ZFŚS.

 ………………………………………….…..

 czytelny podpis składającego oświadczenie

Komisja Socjalna kwalifikuje do otrzymania świadczenia dotyczącego wycieczek i imprez rekreacyjno-sportowych zgodnie z regulaminem w grupie …………… %,

a do pozostałych świadczeń w grupie ……………... %