

Žádost člena NOS PPP o podporu při ukončení pracovního poměru z důvodu trvalé ztráty schopnosti vykonávat dosavadní práci

(nadstandardní plnění X.)

1. Žadatel, žadatelka

Příjmení: Jméno:

Datum narození:

Bydliště:

E-mail člena: Číslo telefonu člena:

Číslo účtu člena:

Datum a důvod ukončení pracovního poměru:

.....

POVINNÉ PŘÍLOHY:

- Kopie rozvázání pracovního poměru §52 písm.e) Zpr. (výpověď, dohoda)

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí Statut podpůrného fondu.

Datum:

Podpis člena:

2. ZO (MO,DO) NOS PPP

Potvrzujeme, že pan/paní je členem/členkou naší ZO (MO, DO) NOS PPP od roku a členské příspěvky má uhrazené do Potvrzujeme, že údaje v žádosti jsou pravdivé.

Datum:

.....
razítko a podpis člena výboru ZO (MO,DO)