

**Žádost člena NOS PPP o podporu při krátkodobé pracovní  
neschopnosti  
(nadstandardní plnění XII.)**

**1. Žadatel, žadatelka**

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

E-mail člena: ..... Číslo telefonu člena: .....

Číslo účtu člena: .....

Pracovní neschopnost zahájena dne: ..... trvá – ukončena\* dne: .....

\* *nehodící škrtněte*

**POVINNÉ PŘÍLOHY:**

- **Kopie rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti potvrzující dobu neschopnosti, která trvá 3 dny a více.**

*Potvrzuji, že mi za další dobu pracovní neschopnosti vznikl nárok na náhradu mzdy a poté na nemocenské dávky.*

*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. **Současně zasíláme výdajový doklad o vyplacení podpory 500,-Kč za účelem refundace a tuto žádáme zaslat organizaci na číslo účtu: .....**

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