

OŚWIADCZENIE

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

.....
(nazwisko i imię)

Oświadczam pod odpowiedzialnością karną, że (właściwe zakreślić):

- jestem osobą pobierającą emeryturę / rentę, a KOLPREM Sp. z o. o. był moim ostatnim miejscem zatrudnienia przed przejściem na wyżej wymienione rodzaje świadczeń i po rozwiązaniu stosunku pracy ze Spółką:
 - nie podjąłem/am zatrudnienia w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy.
 - podjąłem/am zatrudnienia w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy, ale obecnie już nie pracuję.
 - jestem zatrudniony/a w ramach stosunku pracy u innego pracodawcy, u którego nie funkcjonuje ZFŚS (wymagane zaświadczenie wydane przez tego pracodawcę).

- jestem osobą, której Zakładowa Komisja Świadczeń Socjalnych, przyznała prawo do korzystania ze środków Funduszu i nie jestem osobą objętą ZFŚS w innym podmiocie gospodarczym (wymagane zaświadczenie) oraz wypełnione oświadczenie (informacja końcowa do rozliczenia zaliczki na podatek dochodowy zał. do PIT 8C).

Załączam dokumenty szt.

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)
