

.....
(miejsowość , data)

.....
(imię i nazwisko pracownika /emeryta)

.....
(stanowisko)

.....
(nazwa zakładu pracy)

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY SOCJALNEJ

Proszę o przyznanie pomocy z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych
w związku z

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

.....
(podpis wnioskodawcy)