

**Žádost o podporu při ztrátě zaměstnání v souvislosti
s odborovou činností člena
(standardní plnění II.)**

1. ZO (MO, DO) NOS PPP/ Regionální pracovník

žádá pro členku, člena:

Příjmení: Jméno:

Datum narození:

Bydliště:

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

Číslo účtu člena:

Další skutečnosti, které mohou mít vliv na výši podpory (*nezaopatřené děti, invalidita manžela/ky a pod.*).....

.....

Funkce v ZO (MO, DO) NOS PPP: od:

Důvod ztráty zaměstnání:

.....

Způsob ukončení pracovního poměru:

Datum ukončení pracovního poměru:

Členem ZO (MO, DO) NOS PPP od roku:

Členské příspěvky má uhrazené do:

POVINNÉ PŘÍLOHY:

- **Kopie rozvázání pracovního poměru (např. výpověď, okamžité zrušení)**
- **Prokázání dalších skutečností, které mohou mít vliv na výši podpory**

Prohlašujeme, že výše uvedené údaje jsou pravdivé Bereme na vědomí Statut podpůrného fondu.

Datum:

.....
podpis a razítko výboru ZO (MO,DO)
nebo regionálního pracovníka NOS PPP

2. Rozhodnutí P NOS PPP

Předsednictvo NOS PPP na svém jednání dne..... rozhodlo
o **vyplacení – nevyplacení** * podpory ve výši.....Kč

panu, paní.....

Bod: zápisu z jednání P NOS.

Datum:

.....

podpis odpovědného pracovníka