

**Žádost člena NOS PPP o podporu při dlouhodobé pracovní  
neschopnosti  
(standardní plnění III.)**

**1. Žadatel, žadatelka**

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: .....

Bydliště.....

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

Číslo účtu člena: .....

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

\* označte

**POVINNÉ PŘÍLOHY:**

- **Kopie rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti potvrzující dobu neschopnosti delší než 6 měsíců**

*Potvrzuji, že mi za celou dobu pracovní neschopnosti vznikl nárok na náhradu mzdy a 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.

Datum: .....

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