

# Žádost člena NOS PPP o podporu při dlouhodobé pracovní neschopnosti

(nadstandardní plnění XI.)

## 1. Žadatel, žadatelka

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

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

Číslo účtu člena: .....

Pracovní neschopnost zahájena dne: ..... ukončena dne:.....

### **POVINNÉ PŘÍLOHY:**

- **Kopie rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti potvrzující dobu neschopnosti trvající 7 a více 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)