

**Žádost člena NOS PPP o podporu při krátkodobé pracovní
neschopnosti
(nadstandardní plnění XII.)**

1. Žadatel, žadatelka

Příjmení: Jméno:

Datum narození:

Bydliště:

E-mail člena: Číslo telefonu člena:

Číslo účtu člena:

Pracovní neschopnost zahájena dne: trvá – ukončena* dne:

* *nehodící škrtněte*

POVINNÉ PŘÍLOHY:

- **Kopie rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti potvrzující dobu neschopnosti, která trvá 3 dny a více.**

Potvrzuji, že mi za další dobu pracovní neschopnosti vznikl nárok na náhradu mzdy a poté na 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. **Současně zasíláme výdajový doklad o vyplacení podpory 500,-Kč za účelem refundace a tuto žádáme zaslat organizaci na číslo účtu:**

Datum:

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