I Liceum Ogólnokształcące
im.Władysława Broniewskiego
ul.H.i W.Tyrankiewiczów 11, 59-700 Bolesławiec
Tel. 75 732 24 19; fax 75 732 31 93
NIP: 612 185 90 32 Regon: 231184082
(2)

Zał. nr 1 do Regulaminu Zakładowego
Funduszu Świadczeń Socjalnych w I LO

Bolesławiec dnia ______________ 20 r.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

	Dochód roczny – stosownie *do zapisów pkt 1,5,6 rozdziału VI Regulaminu ZFŚŚ*
Pracownik, emeryt, rencista I LO nazwisko i imię : ____________________	
Członek rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym: 1. ____________________ 2. ____________________ 3. ____________________ 4. ____________________	
Dzieci: nazwisko i imię i data urodzenia 1. ____________________ 2. ____________________ 3. ____________________ 4. ____________________	
RAZEM ILOŚĆ OSÓB: ______________	**razem dochód roczny**. ____________________

Dochód miesięczny = dochód roczny podzielony przez ilość osób i przez 12 miesięcy.

Oświadczam, że miesięczny dochód na 1 osobę w mojej rodzinie wynosi netto: ______________

słownie: ____

>>
(data i podpis pracownika, wnioskodawcy)

....

....

....
data wpływu i podpis kierownika administracyjno – gospodarczego.