**Załącznik nr 5**

................................................... ...................................................

 *(imię i nazwisko uprawnionego)* (*miejscowość, data)*

...................................................

 *(zajmowane stanowisko)*

...................................................

 *(adres)*

**Pani/Pan\***

.......................................................

**Dyrektor**

.......................................................

 *(nazwa placówki)*

**Oświadczenie o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej**

**osoby uprawnionej do korzystania ze środków ZFŚS**

Oświadczam, co następuje:

1. Dzieci pozostające na moim utrzymaniu (kształcące się, nie pracujące) to:

1. ……………………., lat……..,
2. ……………………., lat……..,
3. ……………………..., lat…… .

2. Wraz ze mną w jednym gospodarstwie domowym zamieszkuje ……osób, czyli: ………………………………………………………………………………………………………..

3. Średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny za ubiegły rok wynosi………złotych brutto.

4. Inne informacje istotne z punktu widzenia oceny sytuacji socjalnej osoby składającej oświadczenie:

 ……………………………………...

 *(data i podpis wnioskodawcy)*

\*Niepotrzebne skreślić.