Stargard ..………………………..

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

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

 (imię ojca)

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

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

 (adres zamieszkania, kod pocztowy)

telefon....................................

**Prezydent Miasta Stargard**

 **ul. Stefana Czarnieckiego 17**

**WNIOSEK**

 **ŻOŁNIERZA REZERWY O USTALENIE I WYPŁATĘ**

 **NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA REKOMPENSUJĄCEGO**

 Proszę o ustalenie i wypłatę należnego mi świadczenia rekompensującego utracone wynagrodzenie (ze stosunku pracy\*/stosunku służbowego, dochodu z prowadzonej działalności gospodarczej\*) w związku z odbytymi ćwiczeniami wojskowymi:

w .................................................................................................................................................

(nr lub nazwa jednostki wojskowej)

w dniach .................... .............................................................., ilość dni ćwiczeń ...................

Należne świadczenie proszę wypłacić gotówką\*/przelewem\* na konto nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

w banku ......................................

Oświadczam, że nie otrzymałem żadnego wynagrodzenia od pracodawcy za okres ćwiczeń wojskowych

 Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenie dowódcy jednostki wojskowej o odbyciu ćwiczeń wojskowych.

2. Zaświadczenie pracodawcy o kwocie dziennego utraconego wynagrodzenia pracownika wydane dla celów przyznania rekompensującego świadczenia pieniężnego lub naczelnika urzędu skarbowego o kwocie dziennego utraconego dochodu wydane dla celów przyznania rekompensującego świadczenia pieniężnego – w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.

 ……………………….

 (podpis wnioskodawcy)
 \* niepotrzebne skreślić

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Urząd Miejski w Stargardzie jest Prezydent Miasta Stargard. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się pod adresem e-mail iod@um.stargard.pl. Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie przepisów prawa w celu wydania decyzji o ustalenie i wypłatę należnego świadczenia. Przysługuje Pani/u prawo wglądu do swoich danych osobowych, prawo sprostowania danych osobowych oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe- wynika z przepisu prawa. Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie internetowej Urzędu Miejskiego oraz na tablicy informacyjnej przy Biurze Obsługi Klienta.*