

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko emeryta/rencisty*

.....
Nr emerytury/renty*

.....
Adres zamieszkania

.....
c.d.

.....
Pesel

.....
Nr kontaktowy

**Oświadczenie emeryta/rencisty*
do celów socjalnych**

Ja niżej podpisany(a), objęty(a) dotychczas opieką socjalną w Instytucie Medycyny Wsi im. W. Chodźki oświadczam, że od dnia rozwiązania umowy o pracę w związku z przejściem na emeryturę / rentę*

podjąłem(am) zatrudnienie na podstawie umowy o pracę u innego pracodawcy

TAK / NIE¹

pobieram emeryturę/rentę*

TAK / NIE¹

Prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zmianami) wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów ustalenia uprawnień byłych pracowników do świadczeń socjalnych.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

¹ Niepotrzebne skreślić