Świnoujście, dnia …………….

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

( imię i nazwisko)

………………………………………………

( adres wnioskodawcy)

………………………………………………

………………………………………………

(PESEL)

………………………………………………

(imię ojca)

……………………………………………….

 (stopień wojskowy)

……………………………………………….

 (telefon)

**PREZYDENT MIASTA
ŚWINOUJŚCIE**

**ul. Wojska Polskiego 1/5**

**72-600 Świnoujście**

**W N I O S E K**

**O USTALENIE I WYPŁATĘ NALEŻNEGO ŚWIADCZENIA**

**PIENIĘŻNEGO REKOMPENSUJĄCEGO UTRACONE WYNAGRODZENIE**

ze stosunku pracy lub stosunku służbowego\*

z prowadzonej działalności gospodarczej\*

z prowadzonej działalności rolnej\*

Proszę o ustalenie i wypłacenie mi świadczenia pieniężnego rekompensującego utracone wynagrodzenie, które mógłbym uzyskać w okresie odbywania ćwiczeń wojskowych żołnierzy rezerwy w dniach …………………do ……………………, ilość dni ćwiczeń……... w Jednostce Wojskowej …................…………………………………………………………..,

należne świadczenie proszę przesłać na konto nr ………………………………………………

w Banku…………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. zaświadczenie o odbyciu ćwiczeń ( wydaje dowódca jednostki wojskowej)

2. zaświadczenie:

* o wysokości zarobków **BRUTTO** za **ostatni** **miesiąc** poprzedzający ćwiczenia wojskowe (wydaje pracodawca**,** wysokość zarobków brutto winna być wyliczona zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1520) z adnotacją zakładu pracy, że „wynagrodzenie za okres ćwiczeń nie zostało wypłacone”,
* o dochodzie uzyskanym z prowadzonej samodzielnie działalności gospodarczej za ostatni rok podatkowy poprzedzający okres odbytych ćwiczeń wojskowych (wydaje naczelnik urzędu skarbowego),
* o utrzymywaniu się wyłącznie z działalności rolnej (wydaje wójt, burmistrz lub prezydent miasta).

………………………………

(podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić