Aprobat _____ L.S

(**Preşedinte**)

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul(a) ……..

C.N.P /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../angajat(ă) în secţia ..... unitatea

..... funcţia de .....,

tel. ....., în calitate de membru de sindicat/membru asociat/soţ(ie)/copil, vă rog să-mi aprobaţi în conformitate cu prevederile statutare şi criteriile stabilite prin Hotărârile Consiliului Judeţean nr. **45/08.12.2017, 16/03.05.2018 și 18/07.06.2018**, acordarea unui ajutor/recompensă,de tipul:

☐ boală incurabilă la debut;
☐ boală incurabilă;
☐ boală gravă;
☐ boală (cu CM ≥ 80zile);
☐ accident (cu CM ≥80 zile);
☐ ajutor social pentru persoane aflate într-o situatie speciala;

☐ deces membru sindicat;
☐ deces soţ(ie)/copil;
☐ deces părinte membru sindicat;

☐ recompensă pensionare;
☐ compensare bilet de odihnă;
☐ compensare bilet de tratament;

Anexez următoarele acte justificative (în copie), după caz:

☐Carte de identitate /B.I.;
☐Concediile medicale acordate consecutiv;
☐Adeverinţă de diagnostic/bilet de externare/rezultat biopsie sau analize;
☐Scrisoare medicală cu stadiu evoluției bolii;
☐Certificat de deces, certificat de naştere/căsătorie(ptr.deces soţ/soţie/copil/părinte);
☐Decizie de pensionare;
☐Factură sejur/internare;

Data _____ **Semnătura _____**

Notă: Cererea, împreună cu documentele justificative anexate în copie, este vizată de preşedintele filialei şi se înregistrează la secretariatul SANITAS Constanţa în termen de maxim 30 de zile de la producerea evenimentului.

Viză preşedinte filială SANITAS **Secretar cu programe prof. juridice şi sociale**

_____ _____

În situaţia retragerii din sindicat, într-un interval de 12 luni de la data acordării ajutorului social sau compensării biletelor de tratament sau odihnă, Sindicatul Sanitas Constanţa îşi rezervă dreptul de recuperare a sumei. Această prevedere nu se aplică ajutorului acordat cu ocazia pensionării.