

Odborový svaz ECHO
Rubeška 393/7, Vysočany
190 00 Praha 9

Žádost o podporu při rekvalifikaci člena ZO/MO OS ECHO

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození žadatele:

Bydliště žadatele (vč. PSČ)

Telefon: e-mail:

Vznik nároku na starobní důchod dne:

Číslo bankovního účtu žadatele pro výplatu podpory:

Skončení pracovního poměru dne:

Důvody skončení pracovního poměru: § 52 písm. a) - c) ZP* §52 písm. e) ZP*

Odstupné od posledního zaměstnavatele: ANO * NE *

Čestné prohlášení

Prohlašuji tímto, že nepobírám mzdu a nesplňuji nárok na přiznání invalidního důchodu třetího stupně.
Pokud nastanou změny, které ovlivní můj nárok na výplatu podpory při rekvalifikaci, okamžitě je písemně ohlásím OS ECHO (v mimořádných případech Předsednictvu OS ECHO).
Svým podpisem ztvrzuji správnost výše uvedených údajů.

V dne
Podpis žadatele

Vyjádření ZO/MO OS ECHO:

Člen/ka ZO/MO OS ECHO od..... a členství nadále trvá.

Kontaktní osoba za ZO/MO OS ECHO:

Jméno, příjmení Funkce

Telefon:

Dne:

.....
podpis

K žádosti je nutno přiložit:

- POTVRZENÍ o době vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání a o poskytnutí podpory při rekvalifikaci úřadu práce

*) *nehodící se škrtněte*