

**WNIOSEK O WYPŁACENIE EKWIWALENTU PIENIĘŻNEGO
DLA CZŁONKA OCHOTNICZEJ STRAŻY POŻARNEJ Z TERENU GMINY BANIE MAZURSKIE
ZA UDZIAŁ W DZIAŁANIU RATOWNICZYM LUB SZKOLENIU
ZA MIESIĄC.....20..... r.**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

adres:.....

członek Ochotniczej Straży Pożarnej w

(podać nazwę miejscowości siedziby OSP)

wnoszę o wypłacenie ekwiwalentu za uczestniczenie w działaniu ratowniczym lub szkoleniu wg poniżej wymienionego wykazu:

l.p.	data	godz. od-do	miejsce akcji/szkolenia	Rodzaj działania: ratowniczo-gaśnicze/szkolenie (zaznaczyć właściwe)
1.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
2.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
3.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
4.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
5.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
6.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
7.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
8.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
9.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
10.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
11.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
12.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
13.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
14.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie
15.				ratowniczo-gaśnicze/szkolenie

Oświadczam, że **nie zachowałem wynagrodzenia za czas nieobecności w pracy** spowodowany udziałem w wymienionych powyżej działaniach ratowniczo-gaśniczych lub szkoleniu.

Oświadczam, że **posiadam aktualne badania lekarskie** dopuszczające do udziału w działaniach ratowniczych/szkoleniu.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis członka OSP)

Potwierdzam udział w/w członka OSP w w/w działaniach ratowniczo-gaśniczych lub szkoleniu pożarniczym.

.....
(podpis Naczelnika lub Prezesa OSP)