|  |  |
| --- | --- |
| *(наименование структурного подразделения)* | Ректору учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»  Стоме И.О. |

ЗАЯВЛЕНИЕ

*дата*

Прошу осуществить мне единовременную выплату в соответствии с Положением о размерах, порядке и условиях осуществления единовременной выплаты на оздоровление работникам в связи с \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**указать причину**: в связи с уходом в трудовой отпуск, увольнением, предоставлением трудового отпуска с последующим увольнением)

Единовременная выплата в 20\_\_\_ году мне не осуществлялась.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность **полностью** (подпись) (имя, отчество, фамилия работника **полностью**)

основная и (или) по совместительству)

*Трудовой отпуск предоставляется с \_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(должность работника отдела кадров) (подпись) (ИОФ)*

*При необходимости работник отдела кадров указывает иные сведения\**

***\*Иные сведения, которые указывает работник отдела кадров:***

*дата приема на работу – для принятых на работу в текущем календарном году;*

*дата выхода на работу – для приступивших к работе из отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет;*

*даты предоставления работнику трудового отпуска;*

*дата увольнения работника из университета - в случае увольнения или предоставления трудового отпуска с последующим увольнением.*