



SINDIKAT POŠTNIH DELAVCEV

p. p. 179

6000 Koper

GSM 00 386 70 550 858

sindikatpostnihdelavcev@gmail.com

VLOGA ZA DODELITEV ENKRATNE DENARNE POMOČI

Ime in priimek: _____

Naslov: _____
(ulica/kraj, hišna številka, poštna številka, pošta)

Zaposlen/-a: _____
(podjetje, poslovna enota)

Številka TRR: _____

Opis situacije: _____

Obvezne priloge (označi):

potrdilo o odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe

dokazilo o elementarni nesreči

kopija izpisa iz matičnega registra smrti in družinski list

potrdila o prihodkih ostalih članov družine

ostalo: _____

Podpis prosilca oz. predlagatelja: _____