……………………………………………... ………………..…………………

(imię, nazwisko) (miejscowość, data)

................................................................

(numer członkowski)

**Świętokrzyska Okręgowa Izba**

**Inżynierów Budownictwa**

**ul. Św. Leonarda 18**

**25-304 Kielce**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OPŁATY ADMINISTRACYJNEJ**

Na podstawie § 11 Regulaminu postępowania przy zawieszaniu w prawach członka, skreślaniu z listy członków oraz wznawianiu członkostwa w Polskiej Izbie Inżynierów Budownictwa, stanowiącego załącznik Nr 1 do uchwały Krajowej Rady Polskiej Izby Inżynierów Budownictwa nr PIIB/KR/0018/2024 z dnia 11 września 2024 r., wnoszę
o zwolnienie od obowiązku wnoszenia opłaty administracyjnej, przy ponownym wpisie na listę członków okręgowej izby / odwieszeniu zawieszonego członkostwa w izbie.

Oświadczam, że skreślenie / zawieszenie nastąpiło z przyczyny: *ciąży* / *urlopu macierzyńskiego* / *urlopu wychowawczego* / *urlopu rodzicielskiego* / *urlopu tacierzyńskiego* / *długotrwałego zwolnienia lekarskiego* / *okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego* \*

Przyczyna skreślenia / zawieszenia członkostwa w izbie obejmowała okres od dnia ………………..…………….…………. r. do dnia …..…………………..…….…..………. r.

Załączam dokumenty potwierdzające:

* ciążę – zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan ciąży
* urlop macierzyński – zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu macierzyńskiego / zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie macierzyńskim
* urlop wychowawczy – zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu wychowawczego / zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku wychowawczego lub urlopie wychowawczym
* urlop rodzicielski – zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu rodzicielskiego / zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie rodzicielskim
* urlop tacierzyński – zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu tacierzyńskiego / zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie tacierzyńskim
* długotrwałe zwolnienie lekarskie – zaświadczenie lekarskie potwierdzające niezdolność do pracy przez okres dłuższy niż 33 dni lub zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku chorobowego
* okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego – decyzja ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego

 ……………………………

 (podpis)

Wniosek można dostarczyć osobiście, pocztą tradycyjną lub w wersji elektronicznej na adres wnioski@swk.piib.org.pl

\* niepotrzebne skreślić