

Imię i nazwisko

Numer ewidencyjny

Adres zamieszkania

Mazowiecka Okręgowa Izba Inżynierów  
Budownictwa ul. Bluszczańska 71  
00-712 Warszawa

### **Wniosek o zwolnienie z opłaty administracyjnej**

Na podstawie § 11 regulaminu postępowania przy zawieszaniu w prawach członka, skreślanii 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 zawieszzonego członkostwa w izbie\*.

Oświadczam, że skreślenie z listy członków izby/ zawieszenie członkostwa w izbie\* nastąpiło z przyczyny: ciąży/urlopu macierzyńskiego/urlopu wychowawczego/urlopu rodzicielskiego/urlopu tacierzyńskiego/długotrwałego zwolnienia lekarskiego/okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego\*.

Przyczyna skreślenia z listy członków izby/ zawieszenia członkostwa w izbie\* obejmowała okres od dnia .....r. do dnia .....r.

Załączam dokumenty potwierdzające:

- 1) ciążę - zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan ciąży,
- 2) urlop macierzyński - zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu macierzyńskiego/zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie macierzyńskim,
- 3) urlop wychowawczy - zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu wychowawczego/ zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku wychowawczego lub urlopie wychowawczym,
- 4) urlop rodzicielski - zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu rodzicielskiego/ zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie rodzicielskim,
- 5) urlop tacierzyński - zaświadczenie pracodawcy o udzieleniu urlopu tacieżyńskiego/ zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku macierzyńskiego lub urlopie tacierzyńskim,
- 6) długotrwałe zwolnienie lekarskie - zaświadczenie lekarskie potwierdzające niezdolność do pracy przez okres dłuższy niż 33 dni lub zaświadczenie ZUS o pobieraniu zasiłku chorobowego,
- 7) okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego - decyzja ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego.

\*niepotrzebne skreślić

Podpis