Pasym, ...........................................

**Wniosek**

**o przyznanie zapomogi na leczenie z funduszu na pomoc zdrowotną**

**dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.**

1. Nazwisko i imię .....................................................................................................................
2. Nr PESEL ...............................................................................................................................
3. Adres zamieszkania ................................................................................................................
4. Telefon ...................................................................................................................................
5. Nazwa placówki .....................................................................................................................
6. Stanowisko .............................................................................................................................
7. Miesięczna wysokość zarobków ............................................................................................

**Uzasadnienie wniosku**

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

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

 podpis lekarza leczącego

Decyzja Komisji:

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

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

 podpis dyrektora

Pasym, .................................................

**Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego**

**w Pasymiu**

Podanie

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

Przyznaną zapomogę proszę przekazać ma moje konto osobiste:

Nr .................................................................................................................................................

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

 podpis wnioskodawcy

Opinia związku:

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

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

 pieczęć i podpis