

Załącznik nr 1
do Regulaminu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

WNIOSEK O PRYZYNIANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr tel.

.....
Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(w załączeniu aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny).

.....
data i podpis wnioskodawcy

Dyrektor szkoły:

Przyznaje/nie przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości
(kwota)

.....
data i podpis