

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....  
Wnioskodawca ( imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i nr tel.

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

Uzasadnienie:

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

.....  
data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Przyznana pomoc zdrowotna w wysokości.....  
( kwota )

Podpisy członków komisji zdrowotnej:

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

.....  
( miejscowość, data)

PRZEWODNICZĄCY  
RADY GMINY

*mgr Jan Oleksy*