

.....
Imię i nazwisko nauczyciela

.....
adres zamieszkania,

.....
nr telefonu

WNIOSEK

Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi losowej

UZASADNIENIE :

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

W załączeniu:

1.
2.
3.

.....
data i podpis nauczyciela

Dyrektor szkoły:

Przyznaje zapomogę losową w wysokości:
(kwota)

.....
data i podpis dyrektora

.....
(Nazwisko i imię)

O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że za okres 3 miesięcy licząc przed dniem złożenia wniosku łącznie dochody brutto wszystkich członków rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wyniosły brutto zł, co w przeliczeniu na 1 osobę stanowi brutto zł miesięcznie.

Świadomy odpowiedzialności karnej prawdziwość tych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem (art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Olsztyn, dnia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
pieczęć

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że Pan/Pani....., leczy się z
imię i nazwisko

powodu choroby przewlekłej/nieprzewlekłej* tj.
rozpoznanie

.....

.....

w Poradni
pieczęć Poradni

.....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić