

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca /imię i nazwisko/

.....
Adres zamieszkania i nr tel.

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

Uzasadnienie:

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

.....
(w załączniku: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia)

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

(kwota)

.....
Data i podpis

Przewodniczący
Rady Miejskiej w Lubrańcu

Ryszard Czyszczak