

Załącznik do uchwały Nr LXVI/354/2023

Rady Gminy Policzna

z dnia 22 grudnia 2023 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Nazwa placówki, w której nauczyciel jest/był* zatrudniony:

Dokumenty dołączone do wniosku:

- aktualne zaświadczenie lekarskie
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty
- oświadczenie o dochodach z ostatnich 3 miesięcy przypadających na 1 członka rodziny

.....
(miejscowość i data).....
(podpis wnioskodawcy)**Decyzja dyrektora:**

Zgodnie z Uchwałą Rady Gminy Policzna nr z dnia 2023r.

w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających

z opieki zdrowotnej przyznaję / nie przyznaję* zasiłek w wysokości zł

(słownie:)

.....
(podpis dyrektora lub osoby upoważnionej)