WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA
Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 19 IM. STANISŁAWA STASZICA W POZNANIU

nazwisko i imię _____

adres zamieszkania _____

nr telefonu _____

Proszę o przyznanie finansowej zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie - _____

Załączniki:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie
2. dokumenty potwierdzające koszty leczenia
3. aktualne oświadczenie wnioskodawcy o dochodach przypadających na jednego członka rodziny
4. inne _____

_____
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Dyrektora Szkoły

_____

_____

_____
data i podpis dyrektora