



**WNIOSEK O PRYZNANIE 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.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Dyrektora Szkoły

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



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

data i podpis dyrektora