……, dnia……

Wniosek o zapomogę zdrowotną

1. Nazwisko i imię……..
2. Adres zamieszkania……..
3. Miejsce pracy……..
4. Stanowisko……..
5. Uzasadnienie wniosku
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
6. Oświadczenie o wysokości dochodów rodziny nauczyciela (brutto) ze wszystkich źródeł z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

   ……..
7. Średni dochód brutto na 1 osobę w rodzinie.

   …….

…….
Podpis nauczyciela

Opinia dyrektora szkoły:

…….

…….

…….

…….

…….

……
(pieczątka i podpis)

Opinia komisji:

……

…….

…….

Podpisy członków komisji:

…….

…….

…….

……

……

……

……

Decyzja Burmistrza Szubina:

……

……

……
(podpis Burmistrza)

Szubin, dnia ……..