WNIOSEK
o przyznanie zapomogi zdrowotnej

1. Nazwisko i imię _____
2. Adres zamieszkania _____
3. Numer telefonu _____
4. Nazwa placówki: **Szkoła Podstawowa nr 35 im. Ks. Franciszka Blachnickiego w Rybniku**
5. Stanowisko _____

6. Warunki materialne:
   a) miesięczne wynagrodzenie netto nauczyciela wraz z dodatkami _____
   b) miesięczne wynagrodzenie netto współmałżonka wraz z dodatkami _____
   c) inne dochody /renta, emerytura, alimenty, itp./ _____
   d) ilość osób w rodzinie _____
   e) średnia przypadająca na osobę _____

7. Uzasadnienie

_____

_____

_____

_____ dnia _____

_____

podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rozpatrywania wniosków o przyznanie zapomogi zdrowotnej.

_____

podpis wnioskodawcy

** Niepotrzebne skreślić*

Opinia lekarza o stanie zdrowia (pobyt w szpitalu, leczenie ambulatoryjne)

_____

_____

_____

_____ dnia _____

_____ _____

pieczęć placówki służby zdrowia pieczęć i podpis lekarza

Potwierdzenie wpłynięcia wniosku w dniu _____

_____

Na posiedzeniu w dniu_____ protokół nr _____ postanowiono przyznać / odmówić* zapomogę z funduszu zdrowotnego w wysokości _____

Podpisy komisji:

_____

_____

_____

_____

Podpis dyrektora szkoły:

_____

** Niepotrzebne skreślić*