

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 brutto nauczyciela wraz z dodatkami _____

b) miesięczne wynagrodzenie brutto 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

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:
