Załącznik

do Uchwały Nr …………...

Rady Miejskiej w Dobrodzieniu

z dnia …………………………

***WNIOSEK***

***o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela***

1. Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres): ………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….. Telefon: ……………………………………………

3. Rodzaj świadczenia, uzasadnienie: ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Ostatnie miejsce pracy: ……………………………………………………………………………………………………………………

5. Stanowisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

6. Wymiar czasu pracy: ………………………………………………………………………………………………………………………..

7. Do wniosku załączam:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……..……………………………………, dnia ………………………. ……………………………………………………………

(miejscowość) (data) (podpis osoby ubiegającej się o świadczenie

pieniężne pomocy zdrowotnej)

Decyzja: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………

( podpis )

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

( miejscowość, data)