

.....
/imię i nazwisko/

.....
miejsowość, data/

**Wniosek
o przyznanie zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
i nauczycieli emerytów i rencistów**

Uzasadnienie:

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

Oświadczenie o osiąganym dochodzie:

Lp.	imię nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Dochód brutto
Ogółem			
Średni dochód na jednego członka w rodzinie			

Załączniki:

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

.....
/podpis wnioskodawcy/

Decyzja Komisji

Kwota zapomogi pieniężnej

Uzasadnienie:

Podpisy członków Komisji:

- 1
- 2
- 3
- 4

Zatwierdzam
/data, podpis dyrektora/