

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI PIENIĘŻNEJ W RAMACH  
POMOCY ZDROWOTNEJ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI  
KOLEGIUM PRACOWNIKÓW SŁUŻB SPOŁECZNYCH**

**1. DANE OSOBOWE NAUCZYCIELA/ NAUCZCIELA EMERYTA/RENCISTY**

Nazwisko i imię: .....  
Adres zamieszkania: .....  
Adres szkoły: .....  
.....  
Średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny wynosi:...

**2. UZASADNIENIE WNIOSKU**

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

.....  
(Data i podpis)

**3. POŚWIADCZENIE LEKARZA**

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

.....  
(Data i podpis)

**4. OPINIA KOMISJI ds. Zdrowotnego Funduszu Nauczycieli**

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

Podpisy członków komisji: .....

**5. DECYZJA DYREKTORA**

Po zapoznaniu się z wnioskiem w dniu .....  
Przyznaję zapomogę pieniężną w wysokości ..... słownie zł .....  
Nie przyznaję zapomogi pieniężnej z powodu .....

.....  
(Data i podpis dyrektora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów prowadzonego postępowania o przyznanie zapomogi pieniężnej.

.....  
(Data i podpis nauczyciela):