

Załącznik
do Uchwały Nr XIII/95/07
Rady Gminy Wilczyn
z dnia 29 listopada 2007r.

Dyrektor

.....
.....
(nazwa szkoły, placówki)

WNIOSEK **o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

1. Wnioskodawca

.....
.....
(imię i nazwisko osoby której dotyczy wniosek)

2. Miejsce zamieszkania – dokładny adres:

.....
.....
.....
tel.

3. Zatrudniony – nazwa szkoły/placówki

.....
.....
..... wymiarze etatu
na czas nieokreślony lub jest emerytem lub rencistą szkoły/placówki

4. Uzasadnienie:

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

Wilczyn, dnia.....

.....
Podpis wnioskodawcy