

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Warszawa, dn.

.....
(adres zamieszkania)

.....
(charakter uprawnienia)

WNIOSEK

O udzielenie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

**Komisja zdrowotna
przy XIII Liceum Ogólnokształcącym
im. Płk. L. Lisa – Kuli w Warszawie**

Proszę o przyznanie mi zapomogi z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

1. Leczę się :

- z powodu choroby przewlekłej

.....
.....

- dodatkowe zabiegi i formy leczenia

.....
.....

2. Dodatkowe uzasadnienie :

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

Dochód brutto :

1. wnioskodawca (brutto)

2. współmałżonek (brutto)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja o przyznaniu świadczenia :

Przyznano/ nie przyznano zapomogę

Kwota przyznanazł

Do wypłatyzł

Warszawa dnia.....

Zatwierdza Dyrektor

.....

Komisja Socjalna :

1.

2.

3.

4.