

gospodarowania funduszem zdrowotnym przeznaczonym na pomoc zdrowotną dla nauczycieli przedszkoli i szkół prowadzonych przez Gminę Mała Wieś.

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY Z
FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i Nr tel.

.....
Szkoła, w której Wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela , dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia)

.....
data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....
.....
.....
Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

Dyrektor szkoły:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

(kwota)

.....
data i podpis