

WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania i nr tel.)

.....
(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

.....
(uzasadnienie)

Przyznaną zapomogę zdrowotną odbiorę osobiście / proszę przelać na konto nr *

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(potwierdzenie dyrektora szkoły)**

.....
(podpis dyrektora szkoły)

Przyznaję zapomogę zdrowotną w wysokości

.....
(kwota)

.....
(data)

.....
(Wójt Gminy Inowrocław)

*niewłaściwe skreślić

**potwierdzenie wymiaru zatrudniania lub objęcia opieką socjalną przez szkołę.