

**Załącznik do  
Uchwały Nr XXVI/253/2012  
Rady Powiatu Drawskiego  
z dnia 7 grudnia 2012 r.**

**WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
**Wnioskodawca (imię i nazwisko)**

.....  
**Adres zamieszkania i nr telefonu**

.....  
**Szkoła, w której nauczyciel jest / był zatrudniony**

.....  
**Nr rachunku bankowego nauczyciela**

..... zł.  
**Kwota dochodu brutto ze wszystkich źródeł w przeliczeniu na jednego członka rodziny**

Uzasadnienie:

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

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

Opinia komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji:

.....

.....

.....

Opinia dyrektora szkoły:

.....

.....

.....

.....

(data