Załącznik nr 1 do regulaminu przyznawania świadczeń

w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**W N I O S E K**

**O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

1.Wnioskodawca (nazwisko i imię)……………………………………………………….

2. Adres zamieszkania i nr tel.:……………………………………………………………

3. Stanowisko………………………………..wymiar zajęć………………………………

4. Miejsce pracy:……………………………………………………………………………

**WÓJT GMINY**

**ZŁOTÓW**

Proszę o przyznanie zasiłku pieniężnego.

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

W załączeniu:

1/ aktualne zaświadczenie lekarskie ,

2/…………………………………………………………..

3/ ………………………………………………………….

4/ ………………………………………………………….

Oświadczam, że mój dochód (Brutto) w przeliczeniu na jednego członka rodziny wynosi : ……………….złotych.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………….., dnia………………………. …………………………….

(podpis składającego wniosek)

OPINIA **KOMISJII :**

**……………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………..**

**Podpisy członków Komisji:**

**1)**………………………… **4**) ……………………………….

**2)**………………………… **5**) ……………………………….

**3)**……………………........ **6)** ……………………………….

**DECYZJA WÓJTA GMINY ZŁOTÓW :**

………………………………………udzielono/ nie udzielono zasiłku zdrowotnego

w wysokości……………zł (słownie:……………………………………………………..)

……………………………….

(podpis Wójta Gminy)