

NAZWISKO I IMIĘ NAUCZYCIELA .....

NAZWA I ADRES SZKOŁY LUB PLACÓWKI .....

.....

STANOWISKO\*.....

Dyrektor Szkoły .....

*/nazwa szkoły/*

Prezydent Miasta Zabrze\*\*

### WNIOSEK O POMOC ZDROWOTNĄ

Na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zmian.) wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie bezwrotnego zasiłku pieniężnego.

#### UZASADNIENIE WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty na leczenie lub rehabilitację (wymienić: rachunki, faktury).

.....

.....

.....

Zabrze, dnia ..... r.

.....

*/podpis/*