

Załącznik
do Uchwały Nr 105/XVI/2008
Rady Powiatu w Kłobucku
z dnia 17 marca 2008r.

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....
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 potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny)

.....
data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji Zdrowotnej:

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

Data posiedzenia Komisji