miejscowość, dnia .....

Dyrektor [1]
……
……
……

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Nazwisko i imię ..... data ur. .....

Adres zamieszkania .....

Miejsce pracy .....

.....

Stanowisko (funkcja) .....

Uzasadnienie wniosku

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
……

Do wniosku załączono:

1.Zaświadczenie lekarskie lub o pobycie w szpitalu

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

2.Rachunki lub faktury potwierdzające wydatek związany z leczeniem lub zakupem

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

3.Oświadczenie nauczyciela o uzyskanych dochodach z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnym podpisem

.....
data i podpis wnioskodawcy

---

[1] Należy podać pełną nazwę i adres szkoły ,placówki lub specjalistycznej jednostki nadzoru „Centrum Edukacji Artystycznej" lub urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw kultury i ochrony dziedzictwa narodowego – w przypadku wniosku składanego do dyrektora Departamentu Szkolnictwa Artystycznego i Edukacji Kulturalnej