

Elbląg, dnia .....

**Do Dyrektora  
Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego  
w Elblągu**

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA**

**Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Status wnioskodawcy .....

*(nauczyciel, emeryt, rencista, nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne)*

Na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 967, 2245) wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie pieniężnej.

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej, proszę o wypłacenie środków w kasie/na rachunek bankowy\*:

Nazwa banku .....

Numer konta osobistego:.....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis)

Opinia Zakładowych Organizacji Związkowych i proponowana wysokość pomocy finansowej:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

Decyzja Dyrektora CKZiU:

.....

\*Niepotrzebne skreślić