

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest zatrudniony

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1)

2)

3)

Dyrektor szkoły:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej dla wnioskodawcy

.....
(data i podpis)