



.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
Wnioskodawca ( imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....  
Nazwa szkoły lub placówki,  
w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

### WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Uprzejmie proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej.  
Uzasadnienie:

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

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto na jedną osobę w mojej rodzinie z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi ..... zł.

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę:

- 1) wypłacić w kasie urzędu gminy w Parysowie
- 2) przekazać na konto

.....  
.....

Dokumenty dołączone do wniosku:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i dołączonych do niego dokumentach na potrzeby procedury przyznawania pomocy zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)

.....  
(podpis wnioskodawcy  
lub ustanowionego pełnomocnika)