Załącznik Nr 1

do Regulaminu wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

**Wniosek o przyznanie zapomogi zdrowotnej**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Imię i nazwisko nauczyciela

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Adres zamieszkania, nr telefonu

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Numer konta bankowego (nie dotyczy czynnych nauczycieli)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nauczyciel czynny – w wymiarze, emerytowany, przebywający na rencie - wpisać jedną z możliwości

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Miejsce pracy, a dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy

Zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu do wniosku przedkładam:

* aktualne zaświadczenie lekarskie;
* oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych;
* inne (należy wymienić jakie):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2

do Regulaminu wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

Rumia, dnia ……………..………………

………………………….

 (imię i nazwisko)

………………………….

 (adres zamieszkania)

………………………….

 (adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w związku z rozpatrywaniem mojego wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej.

Ponadto, w przypadku przyznania mi zapomogi, wyrażam zgodę na przekazanie Dyrektorowi ……………………………...…………...................…..…

(nazwa szkoły lub przedszkola, w której nauczyciel jest zatrudniony)

odpowiedzi na złożony przeze mnie wniosek – w celu dokonania wypłaty.

 ……………………………...…

 (podpis wnioskodawcy)