

Załącznik nr 1
do Regulaminu działania Komisji Zdrowotnej
w Powiatowym Zespole Szkół
Ponadpodstawowych w Serocku

WNIOSEK O PRYZYNIANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejsce zatrudnienia)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną .
Uzasadnienie :

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

Załączniki do wniosku:

1.
2.
3.
4.

Oświadczenie

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto na jednego członka gospodarstwa domowego z sześciu ostatnich miesięcy wynosi:

.....słownie:.....

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Dyrektor Powiatowego Zespołu Szkół Ponadpodstawowych w Serocku przyznaje / nie przyznaje pomoc zdrowotną

w wysokościsłownie: zł

.....

(data i podpis)