

Załącznik Nr 1.1 do Uchwały
Nr VI/40/2007
Rady Powiatu Bytowskiego
z dnia 29 marca 2007r.

WNIOSEK O PRYZYCNANIE ŚWIADCZENIA NA POMOC ZDROWOTNĄ

.....
(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

.....
(ADRES ZAMIESZKANIA I NR TELEFONU)

.....
(SZKOŁA, W KTÓREJ WNIOSKODAWCA JEST LUB BYŁ ZATRUDNIONY)

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:

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

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o czasie trwania choroby,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- 3) oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie członków rodziny uzyskanym za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....
DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dyrektora
dobrowolnie podanych przeze mnie moich danych osobowych (zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1
Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – t.j. Dz. U. z 2002 r.
Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w tym danych wrażliwych zbieranych na potrzeby
przyznawania świadczeń pieniężnych związanych z pomocą zdrowotną dla nauczycieli szkoły
i zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe nie będą przekazywane osobom
trzecim z wyłączeniem członków komisji opiniującej składane wnioski. Jednocześnie
oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu gromadzenia danych osobowych oraz
o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY

OPINIA KOMISJI OPINIUJĄCEJ I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ POMOCY
FINANSOWEJ:
.....
.....
.....

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI OPINIUJĄCEJ:
.....
.....
.....
.....
.....

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:

PRZYZNAJĘ POMOC ZDROWOTNĄ W WYSOKOŚCI ZŁ

.....
DATA I PODPIS DYREKTORA