Załącznik nr 1

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

*........................................................................................................................................................*

Nauczyciel (imię i nazwisko)

*........................................................................................................................................................*

Adres zamieszkania, telefon

*........................................................................................................................................................*

Czynny - w wymiarze, emerytowany, przebywający na rencie - wpisać jedną z możliwości

*........................................................................................................................................................*

Miejsce pracy - dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego**

Uzasadnienie:

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

W załączeniu do wniosku przedkładam:

* aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela
* dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia
* oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny
* ...........................................................................................................................................

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926, tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

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

Miejscowość i data /Podpis wnioskodawcy/

Potwierdzenie dyrektora placówki miejsca pracy nauczyciela (dla emerytów/rencistów byłego miejsca pracy)

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

/Data, pieczątka i podpis /