

Kielce,

.....
/imię i nazwisko/

.....

.....
/ adres, tel. kontaktowy/

**WNIOSEK
o przyznanie zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Proszę o przyznanie zapomogi pieniężnej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie wnioskującego o udzielenie pomocy:

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

.....

/Podpis wnioskującego/

Wykaz załączników:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny za rok wynosi

Oświadczam, że potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość wyżej podanych danych, świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego.

.....

/Podpis wnioskującego/

SP 19 KIELCE