

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:**

PRYZNAJĘ POMOC ZDROWOTNĄ W WYSOKOŚCI ..... ZŁ

.....  
DATA I PODPIS DYREKTORA