



Oświadczenie:

- 1) oświadczam, że przeciętna wysokość miesięcznego dochodu brutto przypadająca na jednego członka rodziny w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek wynosi ..... zł (słownie: .....),
- 2) jestem zatrudniony w szkole na ..... etatu,
- 3) jestem nauczycielem emerytem/rencistą.  
(niepotrzebne skreślić).

W załączeniu do wniosku przekładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o leczeniu,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji do spraw pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji do spraw pomocy zdrowotnej dla nauczycieli:

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

Decyzja Zarządu Powiatu w Brzezinach

Zgodnie z uchwałą Nr VIII/58/07 z dnia 6 czerwca 2007r. Rady Powiatu w Brzezinach Zarząd Powiatu w Brzezinach przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości .....zł (słownie złotych:.....)

.....  
(podpis)

Formularz informacyjny dla podmiotu danych osobowych jest dostępny pod adresem:  
<http://www.powiat-brzeziny.4bip.pl/index.php?idg=13&id=293&x=1>