Łódź dnia .......................................

**WNIOSEK**

**o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczyciela**

1. Imię i nazwisko ..........................................................................data ur.....................................

2. Adres zamieszkania ....................................................................................................................

3. Stanowisko .................................................................................................................................

4. Uzasadnienie wniosku

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli:**

Komisja ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w XLVII Liceum Ogólnokształcącymw Łodzi pozytywnie / negatywnie\* opiniuje wniosek o zapomogę zdrowotną dla Pani/Pana:

Komisja proponuje wysokość zapomogi w kwocie: zł

Uwagi:

Podpisy członków Komisji:

Decyzja Dyrektora Szkoły:

Na podstawie § 9 ust. 1 Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli XLVII Liceum Ogólnokształcącegow Łodzi, w tym pozytywnej opinii Komisji ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przyznaję:

Pani/Panu

zapomogę zdrowotną w kwocie zł

Łódź, dnia

Pieczęć i podpis dyrektora

\* - niepotrzebne skreślić