**Wniosek o udzielenie** Gronowo, dnia ………………………..
**materialnej pomocy
zdrowotnej**

 **Do
 Dyrektora
 Zespołu Szkół,
 Centrum Kształcenia Ustawicznego
 w Gronowie**

Wnioskodawca:

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania:

Miejsce pracy:

Stanowsko:

 Proszę o udzielenie mi jednorazowego zasiłku pieniężnego ze środków przeznaczonych na materialną pomoc zdrowotną dla nauczycieli, nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów korzystających z opieki zdrowotnej.

**Uzasadnienie wniosku:**

 …………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)

**Opinia lekarza prowadzącego leczenie:**

 ……………………………… …………………………….

 (data) (podpis lekarza)

**Opinia związku zawodowego:**

**Opinia komisji:**

 **Podpisy komisji:**

1. ………………………………
2. ………………………………
3. ………………………………

**Decyzja dyrektora:**

Gronowo, dnia