**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