

(składa nauczyciel)

**ZARZĄD POWIATU
WRZESIŃSKIEGO**

**Starostwo Powiatowe
ul. Chopina 10
62-300 Września**

**WNIOSEK
o przyznanie środków finansowych z funduszu zdrowotnego
dla nauczycieli**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon*

Miejsce pracy (ostatnie miejsce pracy w przypadku nauczycieli emerytów, rencistów)

Uzasadnienie wniosku (czas trwania choroby, stosowana terapia, koszty leczenia):

Nazwa banku i numer konta osobistego wnioskodawcy

* Podanie ww. informacji jest dobrowolne i służy kontaktowaniu się w sprawach urzędowych dotyczących wniosku.

Września, dnia

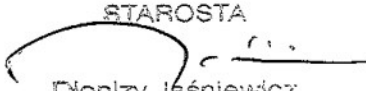
.....
podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- 1. zaświadczenie o zatrudnieniu (statusie emeryta)*
- 2. rachunki za leczenie*
- 3. ewentualnie inne dokumenty potwierdzające zasadność wniosku*

Klauzula informacyjna dostępna pod adresem: <https://www.bip.wrzesnia.powiat.pl/58,wydzial-edukacji-i-kultury-fizycznej?tresc=305>

STAROSTA


Dłotczy Jaśniewicz