**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną**

**Informacje ogólne**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

………………………………………………………………………………………………………..

1. Adres zamieszkania, telefon

………………………………………………………………………………………………………..

1. Szkoła/ placówka oświatowa, w której nauczyciel jest/ był zatrudniony

………………………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczenia Dyrektora szkoły/ placówki potwierdzające, że nauczyciel jest / był pracownikiem szkoły/ placówki oświatowej prowadzonej przez Powiat Stargardzki

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

…………………………… ……………………………………….

 ( miejscowość, data) ( pieczęć i podpis dyrektora szkoły/ placówki)

 **I. Wniosek**

Proszę o przyznanie mi świadczenia na pomoc zdrowotną z powodu:

………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **II. Informacje uprawnionego**

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia.
2. Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

……………………………….. ……………………………….

( miejscowość, data) ( podpis wnioskodawcy)

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej ( art. 274 § 1kk).

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego ( zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - - Dz. U. z 2016 r., poz. 922