**Załącznik nr 1 do regulaminu przyznawania środków finansowych  
z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli,  
emerytowanych nauczycieli i rencistów ZPSM im. W. Kilara w Katowicach.**

Katowice, dnia……………………………………………………..

**Dyrektor  
ZPSM im. W. Kilara w Katowicach**

**WNIOSEK  
O UDZIELENIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Imię i nazwisko……………………………………………………………, data urodzenia……………….…

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………..

Miejsce pracy …………………………………………………………………………………………………….………

Stanowisko ………………………………………………………………………………….…………………………….

Data otrzymania ostatniego świadczenia z Funduszu na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, emerytowanych emerytów i rencistów.………………………………………………..

Uzasadnienie wniosku: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Do wniosku załączono\*:

1. Zaświadczenie lekarskie.
2. Zaświadczenie o pobycie w szpitalu.
3. Rachunki lub faktury związane z leczeniem.
4. Oświadczenie nauczyciela o dochodach uzyskanych z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 1997 nr 133; poz. 883), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o udzielenie pomocy zdrowotnej przez członków Komisji Zdrowotnej w ZPSM im. W. Kilara w Katowicach.

…………………………………………………………………..  
(podpis wnioskodawcy)

Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku i w załączonych dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………………………………………..  
(podpis wnioskodawcy)

Opinia komisji: pozytywna/ negatywna\*

………………………………………… ……………………………………… ………………..…………………………………..  
NSZZ ”Solidarność” ZNP (podpis przewodniczącego komisji)

Akceptacja/brak akceptacji\* dyrektora

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

………………………………………………………………………

(podpis dyrektora)

\*zgodne podkreślić