Załącznik nr 2 wniosku

o przyznanie pomocy zdrowotnej

w formie bezzwrotnego

zasiłku pieniężnego

**OŚWIADCZENIE**

**o osobistym wykorzystaniu zakupionych świadczeń,   
usług i środków medycznych**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………… oświadczam,   
że zakupione świadczenia, usługi i środki medyczne, wyszczególnione w fakturach   
i rachunkach, wykazane jako załączniki do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej   
w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego, zostały wykorzystane osobiście przeze mnie   
na cele związane z warunkami wskazanymi w §3 Regulaminu określającego rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej przysługującej nauczycielom oraz nauczycielom, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek prowadzonych przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, stanowiącego załącznik do uchwały Nr X/171/25 Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 18 lutego 2025 roku.

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data i miejscowość) (czytelny podpis wnioskodawcy)*