Załącznik Nr 1

do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną przysługującą nauczycielom oraz nauczycielom, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek prowadzonych przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

**Wniosek**

**o przyznanie zasiłku pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej**

1. Dane osobowe nauczyciela/nauczyciela emeryta/nauczyciela rencisty/nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne\*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy \*\*.

1. Uzasadnienie wniosku:

Wykaz załączników:

W przypadku przyznania mi zasiłku na pomoc zdrowotną proszę o przesłanie go na:

1. rachunek bankowy: nazwa banku i numer rachunku
2. przekazem pocztowym na adres

(podpis nauczyciela lub innych osób uprawnionych do składania wniosku)

\* - właściwe podkreślić

\*\* - w przypadku nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty, nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wnioskodawca podaje szkołę, z której odszedł na emeryturę, rentę lub na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.