

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną
Informacje ogólne

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

2. Adres zamieszkania, telefon

.....

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

.....

4 Oświadczenie Dyrektora szkoły/placówki potwierdzające, że nauczyciel jest/był pracownikiem szkoły/placówki oświatowej prowadzonej przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

(podpis osoby potwierdzającej)

I. Wniosek

Proszę o udzielenie mi świadczenia na pomoc zdrowotną z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

Wypłatę świadczenia proszę przekazać na:

.....

II. Informacje uprawnionego

W załączeniu do wniosku przedkładam:

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

.....

(miejsowość, dnia)

(podpis wnioskodawcy)

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i kamej (art. 247 § 1 kk).

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 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)