

Potwierdzam, że Pan/Pani jest nauczycielem,
nauczycielem emerytem, nauczycielem rencistą*

(nazwa szkoły)

.....
data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły/placówki

* niepotrzebne skreślić

Wniosek Komisji Zdrowotnej o przyznanie zasiłku na cele zdrowotne

w kwocie

Komisja w składzie:

Podpisy Komisji:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

Choszczno, dnia

Decyzja Starosty Choszczeńskiego o przyznaniu zasiłku na cele zdrowotne :