

Załącznik do Uchwały Nr 844/XXX/2017  
Rady Miejskiej w Piasecznie  
z dnia 18 stycznia 2017 r.

**WNIOSEK**

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i nr telefonu kontaktowego

.....  
Nazwa szkoły w której wnioskodawca jest lub w przypadku emeryta, rencisty szkoła, w której wnioskodawca był zatrudniony.

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.**

**Uzasadnienie:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Do wniosku załączono:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.
3. Zaświadczenie od dyrektora szkoły o zatrudnieniu.

Środki finansowe stanowiące świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej proszę o przekazanie na mój rachunek bankowy:

.....

lub wypłatę w formie gotówki w kasie Urzędu Miasta i Gminy Piaseczno\*

- właściwe podkreślić.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 922)

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy