………………………………………………………

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

………………………………………………………

Adres zamieszkania, telefon

………………………………………………………

Szkoła/placówka, w której nauczyciel/emeryt/rencista\* był/jest zatrudniony

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Przyznane świadczenie proszę przekazać na poniższy numer rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

Do wniosku załączam oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (rachunki, faktury) za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku w łącznej kwocie ………………………………zł

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wskazanych we wniosku i załącznikach do wniosku w celu realizacji wniosku. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a ze wszelkimi informacjami, o których mowa w art.13 ust.1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

……………………………………….

 (czytelny popis)

\*właściwe podkreślić