**Załącznik nr 3** do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Technicznych Zakładach Naukowych w Dąbrowie Górniczej

**WNIOSEK**

***o zapomogę zdrowotną / z art. 72 KARTY NAUCZYCIELA/***

1. Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………..

2. Zatrudniony w ……………………………………………………………………………….

w charakterze ………………………………………………………………………………..

3. Uzasadnienie wniosku ……………………………………………………………………….

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

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

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

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

miejscowość …………………………… data ………………… podpis …………………….

4. Poświadczenie lekarza, przychodni, szpitala itp.

………………………………………….

(pieczęć podłużna)

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

miejscowość………………………data………………. podpis i pieczęć lekarza………………………

5. Miesięczne wynagrodzenie (brutto) ………………………………………………………………….

6. Propozycja Dyrektora Szkoły o przyznaniu lub odmowie przyznania **zapomogi zdrowotnej:**

**Przyznano zapomogę zdrowotną** w wysokości ....................słownie......................................................

**Odmowa przyznania** **zapomogi zdrowotnej** (uzasadnienie..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

miejscowość............................ ………………………… podpis

**Opinia Związków Zawodowych**

podpis data

Związek Nauczycielstwa Polskiego pozytywna/negatywna \*\* ………….. ………….

NSZZ Solidarność pozytywna/negatywna \*\* …………. ………….

Organizacja Międzyzakładowa

NSZZ Solidarność’80 Pracow. Oświaty pozytywna/negatywna \*\* …………. ………….

Związek Zawodowy Kontra pozytywna/negatywna \*\* …………. .…………

Uzasadnienie opinii negatywnej/propozycja zmian ……………………………............................

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

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

**Opinia przedstawicieli społecznych ( Rada Pedagogiczna, administracja/obsługa, emeryci )**

…………… …………… …………. ………….

7. Akceptacja dyrektora szkoły

Przyznaje **zapomogę zdrowotną** wwysokości............................słownie..............................................

Nie przyznaje świadczenie socjalnego\*\*

\*\*- *niepotrzebne skreślić*

miejscowość............................ Dyrektor TZN

( podpis i pieczęć szkoły)

*..................................................*