**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............................ …………………………………

data 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 …………………………….....................................

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

7. Akceptacja dyrektora szkoły

Przyznaje **zapomogę zdrowotną** w wysokości............................słownie............................................

Nie przyznaje świadczenie socjalnego\*\*

\*\*- *niepotrzebne skreślić*

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

data

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

( podpis i pieczęć szkoły)