

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
stanowisko

.....
wymiar czasu pracy

**Komisja Zdrowotna
przy Ośrodku Szkolno-Wychowawczym
dla Dzieci Słabowidzących
ul. Koźmińska 7
00-448 Warszawa**

W N I O S E K

**O przyznanie środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli czynnych
oraz emerytów i rencistów – byłych nauczycieli:**

Miesięczny dochód (brutto) na członka rodziny wynosi:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Uchwałą o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r. (DZ.U. nr 133 poz.883 z późn.zm.)

Podpis wnioskodawcy

.....

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

