

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 5
z siedzibą w Gliwicach
przy ul. Kozielskiej 39
NIP: 631 26 58 173 REGON: 361084052
tel. 32/237 99 50

Załącznik Nr 5 (Wniosek o przekazanie środków)

**Do Procedury ubiegania się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
w Zespole Szkolno – Przedszkolnym Nr 5 w Gliwicach**

Gliwice, dn.

.....
(pieczęćka szkoły/placówki)

**Zastępca Prezydenta Miasta
Pan Krystian Tomala**

Wniosuję o przekazanie środków na pomoc zdrowotną przyznaną nauczycielom
korzystających z opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko nauczyciela	Nr PESEL	Nauczyciel czynny/ emeryt/ rencista	Kwota dotychczas przyznanej pomocy zdrowotnej od początku roku	Kwota na którą nauczyciel złożył rachunki poświadczające poniesione wydatki	Wysokość przyznanej przez dyrektora pomocy

.....
(podpis dyrektora)