

.....  
Imię i nazwisko nauczyciela

.....  
Adres zamieszkania, nr telefonu

## WNIOSEK

**Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi losowej**

### UZASADNIENIE :

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

### W załączeniu:

1. ....
2. ....
3. ....

Dyrektor szkoły:

.....  
*data i podpis nauczyciela*

Przyznaję zapomogę losową w wysokości: .....  
(kwota)

.....  
*data i podpis dyrektora*