………………………………….

 (miejscowość i data)

 **Wójt**

 **Gminy Czarna**

 **Wniosek**

**o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli**

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

 (Imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

 (Adres zamieszkania i telefon kontaktowy)

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

 (Nazwa i adres szkoły w której wnioskodawca jest obecnie lub był zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

**Uzasadnienie:**

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

**Do wniosku dołączam:**

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

Wnioskuję o przekazanie środków finansowych, stanowiących świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej na mój rachunek bankowy:

…………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 992 z późn. zm.)

…………………………………………….. …………………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**II. Adnotacje dyrektora placówki oświatowej lub organu prowadzącego w przypadku dyrektora będącego nauczycielem**

(Podanie stanowiska, stażu pracy, rodzaju umowy i tygodniowego wymiaru czasu pracy oraz krótka opinia dotycząca zasadności przyznania pomocy)

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

…………………………………………… ……………………………………………..

 (miejscowość i data) (pieczęć i podpis)

**III. Adnotacje Dyrektora Centrum Usług Wspólnych dotyczące sprawdzenia wniosku pod względem formalno – prawnym oraz jego kompletności**

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

…………………………………………… ……………………………………………

 (miejscowość i data) (pieczęć i podpis)

**IV. Decyzja Wójta Gminy Czarna**

Przyznaję/ nie przyznaję\* pomoc zdrowotną w kwocie ……………………... słownie złotych:

…………………………………………………………………………………………………

Czarna dnia, …………………………. …………………………………………

 (pieczęć i podpis Wójta)

\* niepotrzebne skreślić