

# WNIOSEK O ZAPOMOGE

## Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH

Szkoły Podstawowej Nr 12 w Dąbrowie Górniczej

Nr.....

Data .....

wypełnia szkoła  
przy składaniu wniosku

1. Nazwisko i imię .....
2. Dokładna adres .....
3. Zatrudniony(a) w charakterze .....
4. W wymiarze godzin ( etatu ) .....
5. Uzasadnienie podania : .....

5. Potwierdzenie i opinia lekarza specjalisty o stanie zdrowia pacjenta: \*

....., dnia .....

*pieczętka podłużna*

*pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

7. Średni dochód na członka mojej rodziny za ostatnie 3 miesiące wyniósł brutto: .....  
słownie .....

Załączniki do wniosku:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

.....  
Podpis osoby składającej wniosek

Dąbrowa Górnicza dnia, .....20..... r.

\* wypełnia lekarz prowadzący w przypadku wniosku motywowanego względami zdrowotny

# DECYZJA

## Dyrektora szkoły

Po zapoznaniu się z wnioskiem zatwierdzam do wypłaty .....

.....

Kwotę.....złotych, słownie .....

Inne postanowienia/ uwagi .....

.....

.....

Uzgodniono:

### Związki zawodowe

1. mgr Agata Barańska - Feledyk .....
2. mgr Artur Kaczmarczyk .....
3. mgr Aleksandra Rok- Strzała.....

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

*podpis i pieczęćka dyrektora*