

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Zabrzańskie Centrum Kształcenia Ogólnego i Zawodowego w Zabrzu
ul. Piłsudskiego 58

Stanowisko

**DYREKTOR
ZABRZAŃSKIEGO CENTRUM KSZTAŁCENIA
OGÓLNEGO I ZAWODOWEGO**

WNIOSEK O POMOC ZDROWOTNĄ

Uzasadnienie wniosku

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

W załączeniu przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty na leczenie lub rehabilitację (wymienić: rachunki, faktury)

.....
.....

Zabrze, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie /przychodni, szpitala, lekarza/

.....
(pieczęć podłużna)

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

Zabrze, dnia

.....
(pieczęć i podpis)

Poparcie wniosku przez Dyрекcję Szkoły

.....

Dyrektor Szkoły w dniu przyznał jednorazową zapomogę w kwocie
słownie

Zabrze, dnia

.....
(pieczęć i podpis)