**Bielsko-Biała, dnia …………..**

**PREZYDENT MIASTA BIELSKA-BIAŁEJ  
JAROSŁAW KLIMASZEWSKI**

**(Wydział Edukacji i Sportu)**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Na postawie *Uchwały Nr XXXVII/883/2021 Rady Miejskiej w Bielsku-Białej  
z dnia 18 listopada 2021 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych  
w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania*, proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej:

........................................................................................................................................  
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

........................................................................................................................................  
Nr pesel osoby wnioskującej

…………………………………………………………………………………………………..  
Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………..  
Nr telefonu

........................................................................................................................................  
Miejsce pracy

Uzasadnienie:

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

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

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

Wykaz załączników do wniosku:

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

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

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

Przyznane środki finansowe proszę wypłacić\*:

□ na konto nr:

........................................................................................................................................□ w kasie Urzędu Miejskiego w Bielsku-Białej

….....................................................  
 (data i podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie zatrudnienia:**

Potwierdzam zatrudnienie Pani/Pana\*

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

(imię i nazwisko)

w ....................................................................................................................................

(miejsce zatrudnienia)

….....................................................  
 (data i podpis dyrektora placówki)

**Potwierdzenie przebywania na emeryturze/rencie/świadczeniu kompensacyjnym:**

Potwierdzam przebywania na emeryturze/rencie/świadczeniu kompensacyjnym\* Pani/Pana\*

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

(imię i nazwisko)

….....................................................  
 (data i podpis dyrektora placówki)

\*zaznacz właściwe