

Załącznik nr 1 *Regulaminu w sprawie rodzajów świadczeń na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu ich przyznawania dla nauczycieli w szkołach i placówkach prowadzonych przez Gminę Miasta Radomia.*

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres zamieszkania, numer telefonu)

.....  
(wymiar zatrudnienia nauczyciela)

.....  
(imię i nazwisko dyrektora szkoły)

***II Liceum Ogólnokształcące im. Marii Konopnickiej  
w Radomiu ,ul. Kusocińskiego 8***

## **Wniosek**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli czynnych oraz emerytów i rencistów-byłych nauczycieli**

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis wnioskodawcy)