

**Gminny Zespół Obsługi Oświaty  
w Czarnkowie  
ul. Krótka 1  
64 – 700 Brzeźno**

**WNIOSEK**

**o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta,  
nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA											
<b>1. DANE OSOBOWE</b>											
Nazwisko											
Imię											
PESEL											
Tel. kontaktowy											
<b>2. ADRES ZAMIESZKANIA</b>											
Ulica				Nr domu			Nr lokalu				
Miejscowość				Kod pocztowy			Poczta				
<b>3. DANE DOTYCZĄCE PRZELEWU</b>											
Nazwisko i imię właściciela konta											
Nr rachunku bankowego											
Informacja o łącznie poniesionych kosztach (w zł)											

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urz. Unii Europejskiej PL).

Oświadczam, że załączone faktury lub rachunki potwierdzające poniesione przeze mnie koszty leczenia, nie zostały wykorzystane wcześniej do otrzymania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu gminy Czarnków.

Dodatkowe informacje .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć:  
1) oryginalne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia (załączamy w sytuacji dokonania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego czy korekcyjnego),  
2) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela (zwalnia z obowiązku zapłaty podatku).