

**REJESTR WNIOSKÓW O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY
ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

L.p.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia ^{*)}	Data przyznania pomocy zdrowotnej	Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej	Przeznaczenie pomocy zdrowotnej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7

^{*)} Dla nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy wpisać nazwę właściwego świadczenia.

Uwaga: W przypadku odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

- w kolumnie 4 należy wpisać datę odmowy przyznania pomocy zdrowotnej,
- w kolumnach 5 i 6 należy wpisać „-”,
- w kolumnie 7 należy wpisać powód odmowy przyznania pomocy zdrowotnej.