

3. Oświadczenie o dochodach (netto) przypadających na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy.

.....

.....

(miejsowość i data)
wnioskodawcy)

(Podpis

Opinia komisji zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji zdrowotnej:

.....
.....

Decyzja dyrektor szkoły/przedszkola: zgodnie z Uchwałą Nr/09 Rady Miejskiej w Pakości z dnia 2009 r. w sprawie ustalenia dla szkół i przedszkola prowadzonych przez Gminę Pakość „Regulaminu Funduszu Zdrowotnego” przyznaję pomoc zdrowotną w wysokościzł (słownie złotych:.....).

.....

(Podpis dyrektora szkoły/przedszkola)