

ZAŚWIADCZENIE

Potwierdza się, że Pan/Panijest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli tj.:

1) Jest nauczycielem zatrudnionym ww łącznym wymiarzeetatu.

2) Jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w.....

3) Jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w.....

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)