

.....  
imię i nazwisko

.....  
stanowisko

.....  
Adres zamieszkania, nr telefonu

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 15  
im. Wojciecha Kętrzyńskiego  
w Olsztynie**

**Wniosek**

Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi losowej

**Uzasadnienie :**

**W załączeniu**

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
Data i podpis składającego

**Dyrektor Szkoły :**

Przyznaję zapomogę losową w wysokości .....

( kwota)

.....  
Data i podpis dyrektora