|  |
| --- |
| **POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU - WYPEŁNIA PLACÓWKA** |
| **Wymiar zatrudnienia nauczyciela w dniu składania wniosku**[[1]](#footnote-1)………………………………………………  **Status** **nauczyciela** (czynny, emeryt, rencista, pobierający świadczenie kompensacyjne) na dzień składania wniosku………………………………………………………………………………………………………………….. |

Uwagi dyrektora placówki:

Stwierdzam, że Wnioskodawca nie wykorzystał załączonych do wniosku faktur lub rachunków do otrzymania jakiejkolwiek pomocy finansowej ze środków ujętych w planie finansowym placówki[[2]](#footnote-2)…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.**

|  |  |
| --- | --- |
| **…………………………………………………………………**  **(PIECZĘĆ SZKOŁY)** | **………………………………………………………………………….**  **(DATA I PODPIS DYREKTORA)** |

1. Na podstawie art. 22 ust. 3 i art. 91b ust.1 Karty Nauczyciela pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wymiarze co najmniej ½ etatu obowiązującego wymiaru zajęć. Zatrudnienie na postawie Karty Nauczyciela z kilku Szkół sumuje się i potwierdza stosownymi zaświadczeniami. Nie dotyczy nauczycieli emerytów/ rencistów/ otrzymujących świadczenie kompensacyjne. [↑](#footnote-ref-1)
2. Na podstawie faktur lub rachunków, które wcześniej zostały wykorzystane do otrzymania jakichkolwiek świadczeń finansowych ze środków budżetu Gminy Miasta Szczecin . [↑](#footnote-ref-2)