Załącznik nr 2

……………………………..

……………………………..

**REJESTR ZŁOŻONYCH WNIOSKÓW**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię nauczyciela | Miejsce zatrudnienia  i status nauczyciela | Cel pomocy zdrowotnej | Wnioskowana kwota pomocy zdrowotnej | Przyznana kwota pomocy zdrowotnej | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |