



**WYPEŁNIA PLACÓWKA (nie dotyczy wniosku składanego przez dyrektora)**

Działając na podstawie § 4 ust. 5 załącznika do uchwały nr LII/1080/2023 Rady Miasta Gliwice z dnia 14 grudnia 2023 r. w sprawie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Gliwice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne weryfikuję wniosek pod względem formalnym oraz:

1. Potwierdzam \*zaznaczyć właściwe „x”

\*zatrudnienie nauczyciela w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązującego wymiaru zajęć,

\*że wnioskodawca jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnie miejsce pracy to: .....

(pełna nazwa placówki)

2. Potwierdzam prawidłowość i kompletność załączonych dokumentów.

3. Wnoszę uwagi do załączonych dokumentów:

.....  
(proszę o wypisanie ewentualnych uwag)

.....  
(pieczęć placówki)

.....  
(data i podpis dyrektora szkoły lub placówki)