**Załącznik nr 3**

**REJESTR WNIOSKÓW O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko nauczyciela | Miejsce zatrudnienia\*) | Data przyznania pomocy zdrowotnej | Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej | Przeznaczenie pomocy zdrowotnej | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*) Dla nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy wpisać nazwę właściwego świadczenia.

Uwaga: W przypadku odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

- w kolumnie 4 należy wpisać datę odmowy przyznania pomocy zdrowotnej,

- w kolumnach 5 i 6 należy wpisać „ - ”,

- w kolumnie 7 należy wpisać powód odmowy przyznania pomocy zdrowotnej.