Załącznik nr 2

....., dnia .....

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(nazwa zakładu pracy)

Oświadczenie
o sytuacji materialnej nauczyciela wnioskującego o pomoc zdrowotną

Imię i nazwisko nauczyciela	Dochód netto rodziny* [zł]	Ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie domowym	Dochód netto na członka rodziny [zł]	Poniesione koszty leczenia [zł]	Wyliczenie relacji między poniesionymi kosztami leczenia a dochodem netto na członka rodziny
			kol 2: kol 3		kol 5 : kol 4
1	2	3	4	5	6

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 KK (Dz.U. z 1997r. Nr 88. poz. 553 z późn. zm.) – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3".
- oświadczam, iż powyższe dane są prawdziwe.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*- przez dochód rodziny, należy rozumieć wartość, która stanowi średnią sumę wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.