

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód netto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w przeliczeniu na jednego członka rodziny nauczyciela zł (słownie).

Oświadczenie składam w celu przyznania pomocy zdrowotnej – świadczenia pieniężnego.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)