

Załącznik nr 4

do wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej

.....
(data i miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

☐ korzystam*

☐ nie korzystam*

z pomocy zdrowotnej w innej placówce oświatowej w roku, w którym składany jest wniosek.

.....
podpis wnioskodawcy

* zaznaczyć właściwe