

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr prawa wykonywania zawodu

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Koszalinie**

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOPLĄTY DO KSZTAŁCENIA
DZIECKA LWKARZA**

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego dopłaty w wysokości
złoty miesięcznie do kształcenia w szkole ponadgimnazjalnej*/wyższej mojej*/mojego*
córk*/syna* w roku szkolnym*/akademickim*.....

Wniosek swój uzasadniam:

.....
.....
.....

1. Mój dochód netto: pensja*/emerytura*/renta*/zasilek* wynosi:.....zł

2. Oświadczam, że we wspólnym ze mną gospodarstwie domowym pozostają osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny netto
<i>Dane dotyczące wnioskodawcy</i>			
1			
<i>Dane dotyczące pozostałych osób</i>			
2			
3			
4			
Dochód razem			

3. Oświadczam, że powyższe dane złożyłem*/złożyłam* zgodnie z prawdą.

4. Kwotę przyznanego świadczenia proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

Do wniosku załączam:

- ostatni odcinek renty*, emerytury* lub inne dokumenty* potwierdzające dochody wnioskodawcy,
- dokumenty potwierdzające dochody osób pozostających z ubiegającym się o pomoc we wspólnym gospodarstwie domowym*,
- zaświadczenie wydane przez szkołę/ uczelnię o kontynuowaniu przez moją córkę*/syna* nauki w roku szkolnym*/akademickim*.....

.....
Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić