

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