Załącznik nr 2 do Regulaminu

**Rejestr wniosków i decyzji**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Imię i nazwisko nauczyciela** | **Miejsce zatrudnienia (czynny zawodowo/emeryt** | **Cel pomocy zdrowotnej** | **Przyznana kwota pomocy zdrowotnej** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |