

UCHWAŁA NR IX / 85 / 2015
RADY MIEJSKIEJ W DOBRODZIENIU

z dnia 28 października 2015 r.

**w sprawie zmiany Uchwały Nr XII/79/2007 Rady Miejskiej w Dobrodzieniu z dnia 12 listopada 2007 r.
w sprawie określenia rodzajów świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, a także warunków i sposobu
ich przyznawania**

Na podstawie art.72 ust. 1 i 91 d, pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. 2014, poz. 191 z późn.zm.) w związku z art. 18 ust. 2, pkt 15 ustawy z dnia 9 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.Dz. U. z 2015r. poz. 1515) Rada Miejska w Dobrodzieniu uchwala, co następuje:

§ 1. W Uchwale Nr XII/79/2007 Rady Miejskiej w Dobrodzieniu z dnia 12 listopada 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, a także warunków i sposobu ich przyznawania wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 6 pkt 2 oraz § 9, ust. 1 słowo „pracodawca/ę” zastępuje się słowem „Burmistrz/a”;
- 2) w § 7 ust. 1 wyrażenie „ w szkole, w której pracuje” zastępuje się wyrażeniem „ w Zespole Ekonomiczno – Administracyjnym Szkół i Przedszkoli w Dobrodzieniu;
- 3) w § 7 ust. 2 skreśla się zdanie pierwsze;
- 4) w § 8 ust.2 otrzymuje brzmienie „ Wpłaty zasiłków dokonuje Zespół Ekonomiczno – Administracyjny Szkół i Przedszkoli w Dobrodzieniu”;
- 5) w § 9 ust. 2 słowo „pracodawcę” zastępuje się wyrażeniem „Zespół Ekonomiczno – Administracyjny Szkół i Przedszkoli w Dobrodzieniu”;
- 6) w załączniku do Uchwały Nr XII/79/2007 Rady Miejskiej w Dobrodzieniu z dnia 12 listopada 2007 r. skreśla się słowo „dyrektora”.

§ 2. Pozostałe postanowienia uchwały nie ulegają zmianie.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Dobrodzienia.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Damian Karpinski

Załącznik do Uchwały Nr IX / 85 / 2015
Rady Miejskiej w Dobrodzieniu
z dnia 28 października 2015 r.

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

1. Nazwisko i imię:

.....

2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres):

.....

Telefon:

3. Rodzaj świadczenia, uzasadnienie:

.....

.....

.....

4. Ostatnie miejsce pracy:

.....

5. Stanowisko:

.....

6. Wymiar czasu pracy:

.....

7. Do wniosku załączam:

.....

.....

.....

.....

....., dnia

.....

(miejscowość) (data) (podpis osoby ubiegającej się o świadczenie pieniężne pomocy zdrowotnej)

Decyzja:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

(podpis)

.....

(miejscowość, data)