



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Opole, dnia 9 listopada 2015 r.

Poz. 2427

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 91d, pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 z późn. zm.) w związku z art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 9 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j.t. Dz. U. z 2015 r. 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: „Wypłaty 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)

.....
(miejsowość, data)