

ZOBOWIĄZANIE

Ja....., zamieszkała/y w
imię i nazwisko

.....
miejsce stałego zamieszkania

będąc uczniem
nazwa szkoły

.....
zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia Urzędu Marszałkowskiego o utracie prawa do pobierania stypendium w przypadku przerwania nauki.

Informację przekażę na adres:

**Urząd Marszałkowski
Województwa Wielkopolskiego
w Poznaniu
Departament Edukacji i Nauki
ul. Piekary 17
61-823 Poznań**

.....
(podpis ucznia)

....., dnia