

Zobowiązanie

Ja, zamieszkały/a w
(imię i nazwisko)

....., będąc uczniem/uczennicą
(miejsce stałego zamieszkania)

.....
.....
(nazwa szkoły)

**zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia Urzędu Marszałkowskiego o utracie prawa do pobierania stypendium w przypadku przerwania nauki lub ukończenia szkoły.
Informację przekażę na adres:**

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

.....
(podpis ucznia)

.....
(podpis prawnego opiekuna ucznia)

....., dnia