

Zobowiązanie

Ja, zamieszkały w
(imię i nazwisko)

....., będąc słuchaczem/studentem
(miejsce stałego zamieszkania)

.....
(nazwa uczelni, wydział, kierunek studiów, rok studiów, nazwa zakładu kształcenia nauczycieli, kolegium pracowników służb społecznych)

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

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

.....
(podpis słuchacza/ studenta)

....., dnia