Załącznik nr 2 do Programu Zduńskowolska Karta Mieszkańca

OŚWIADCZENIE
O PLANOWANYM TERMINIE UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE LUB SZKOLE WYŻSZEJ / NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Prezydent Miasta Zduńska Wola
ul. Stefana Złotnickiego 12
98-220 Zduńska Wola

Dane Wnioskodawcy

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Miejsce zamieszkania:

☐☐-☐☐☐ …… ……..……

Kod pocztowy Miejscowość Ulica/nr domu/nr mieszkania

Oświadczam, że:

Dane dziecka (1), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko

.....

uczy się w:

☐ szkole

☐ szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki (dzień/miesiąc/rok): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

☐ tak

☐ nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐ bezterminowy

Dane dziecka (2), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko

.....

uczy się w:

☐ szkole

☐ szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki (dzień/miesiąc/rok): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

☐ tak

☐ nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐ bezterminowy

Dane dziecka (3), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko

.....

uczy się w:

☐ szkole

☐ szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki (dzień/miesiąc/rok): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

☐ tak

☐ nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐ bezterminowy

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

…….

Data i podpis Wnioskodawcy