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:

cc-ccc ………………………………… ……………............……………………

Kod pocztowy Miejscowość Ulica/nr domu/nr mieszkania

**Oświadczam, że:**

**Dane dziecka (1), którego dotyczy oświadczenie**

Imię (imiona) i nazwisko

.......................................................................................................................................................

uczy się w:

c szkole

c 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:

c szkole

c 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:

c szkole

c 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