

.....
/imię i nazwisko/

.....
/miejsowość, data/

ul.

.....
/adres zamieszkania/

nr tel.:

e-mail:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Marsz. J. Piłsudskiego 5

19 – 300 Elk

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że nie zamierzam zwracać się z prośbą o przyznanie mi **pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki** z powodu mojej rezygnacji z dalszego kształcenia.

.....
/data i czytelny podpis wychowanka/

Opinia opiekuna:

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

.....
/data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia/