

## 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 .....