# OŚWIADCZENIE O PLANOWANYM TERMINIE UKOŃCZENIA NAUKI

# W SZKOLE LUB SZKOLE WYŻSZEJ

Ja, niżej podpisana/podpisany

 ………………………………………………………………………………...........................

 *(imię, nazwisko, adres zamieszkania)*

Oświadczam, że w roku szkolnym/akademickim ……………………./…………………… jestem uczniem/uczennicą/studentem/studentką ………. klasy/roku

 w …………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

 *(nazwa i adres szkoły lub szkoły wyższej)*

Planowany termin ukończenia nauki:……………………………………

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 …………………………………...

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rr) (podpis składającego oświadczenie)

Oświadczam, iż w przypadku rezygnacji z dalszej nauki w szkole bądź w szkole wyższej

zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Wójta Gminy w Czarnej.

………………………………

 (podpis)