................................................................... Myślenice, dnia ….........................

Imię i nazwisko

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

Adres

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

.……………………………………………………

Telefon

 **Dyrektor Powiatowego Centrum**

 **Pomocy Rodzinie w Myślenicach**

##

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY PIENIĘŻNEJ

 NA KONTYNUOWANIE NAUKI

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki. Prośbę swą motywuję tym, iż zamierzam kontynuować naukę w …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..

 (nazwa szkoły/uczelni, adres, klasa/rok studiów)

Przewidywany termin ukończenia nauki przypada na ………………………………………….

Otrzymaną pomoc chcę przeznaczyć na ......................................................................................

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

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

 Jednocześnie oświadczam, iż zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie przeze mnie nauki, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy ( na każdy rozpoczynający się semestr). W przypadku zmiany szkoły lub skreślenia z listy uczniów zobowiązuję się niezwłocznie poinformować tut. Centrum o zaistniałej sytuacji.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

………………………………………………

 (Imię i nazwisko)

Załączniki:

1. Opinia opiekuna usamodzielnienia
2. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuacji nauki

Imię i nazwisko Myślenice, dnia ………………

opiekuna usamodzielnienia

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

Adres .........................................................

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

Tel. ……………………………………….

OPINIA DO WNIOSKU O PRZYZNANIE POMOCY PIENIĘŻNEJ

 NA KONTYNUOWANIE NAUKI

Opiniuję pozytywnie / negatywnie \* wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki dla …………………………………………………………….

 (imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

 UZASADNIENIE

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

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

………………………………………………

 (Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

\*niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko:

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

Adres .........................................................

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

# O Ś W I A D C Z E N I E

Proszę o przesyłanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki na następujący rachunek bankowy:

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

Nazwa banku i adres

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

Nr rachunku

 *………………………………………………..*

 (data i podpis osoby składającej oświadczenie)