

# Zobowiązanie

Ja ....., zamieszkały w .....  
(imię i nazwisko)

....., będąc słuchaczem/studentem  
(miejsce stałego zamieszkania)

.....  
(nazwa uczelni, wydział, kierunek studiów, rok studiów, nazwa zakładu kształcenia nauczycieli, kolegium pracowników służb społecznych)

**zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia Urzędu Marszałkowskiego o utracie prawa do pobierania stypendium w przypadku przerwania nauki lub ukończenia uczelni.**

**Informację przekażę na adres:**

**Urząd Marszałkowski  
Województwa Wielkopolskiego  
w Poznaniu  
Departament Edukacji i Nauki  
ul. Piekary 17  
61-823 Poznań**

.....  
(podpis słuchacza/ studenta)

....., dnia .....