

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Seria i numer dowodu.....

Oświadczam, iż nie ubiegam się w roku 2016 odrębnym wnioskiem o dofinansowanie do opłaty za naukę (czesne) bądź o dodatek na pokrycie kosztów kształcenia ze środków PFRON za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) niż właściwego dla mojego miejsca zamieszkania zgodnie z KC art. 25.

Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Koniński jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie al. 1-go Maja, 62-510 Konin.

.....
data i podpis wnioskodawcy