

.....
(pieczęć szkoły/ uczelni *)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O POBIERANIU NAUKI W SYSTEMIE DZIENNYM

Zaświadczam, że Pan/i
(imię i nazwisko)

pobiera naukę w systemie dziennym w:

.....
(nazwa szkoły/ uczelni *)

.....
(adres i miejscowość)

Przewidywany termin zakończenia nauki.....
(data)

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.

.....
(pieczęć szkoły/ uczelni *, data, pieczęć, czytelny podpis osoby upoważnionej)