



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź

tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99; tel. kom. 691 300 349; 665 030 349

NIP 728 23 82 535 REGON 472219069; e-mail: pcpr@lodzkiwschodni.pl

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja zamieszkały/a w
(imię i nazwisko) (kod, miejscowość, ulica)

.....

PESEL oświadczam, że:

☐ w poprzednim semestrze pobierałam/em naukę w formie zdalnej/hybrydowej

lub

☐ aktualnie pobieram naukę w formie zdalnej/hybrydowej na/w

.....

na kierunku:

w semestrze roku szkolnego/akademickiego

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy

