|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FE_PR-DS-UE_EFRR-poziom-PL-black.JPG** | C:\Documents and Settings\Krzysztof\Pulpit\logo szkoły.png | FE_PR-DS-UE_EFS-poziom-PL-black.JPG |

Projekt „Warto iść dalej”

dofinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej Europejskiego Funduszu Społecznego

Zgoda na pełnienie funkcji opiekuna stypendysty/stypendystki

programu stypendialnego w ramach projektu „Warto iść dalej”

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna merytorycznego ucznia/uczennicy ………………………………………………………. uczestnika/uczestniczki programu stypendialnego w ramach projektu „Warto iść dalej”.

 Jednocześnie oświadczam iż jest mi znany regulamin przyznawania stypendium i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów w zakresie obowiązków opiekuna stypendysty/stypendystki (§ 5 regulaminu).

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

(miejscowość i data) (podpis nauczyciela- opiekuna stypendysty/stypendystki)