

.....
(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE O TERMINIE UKOŃCZENIA NAUKI

Zaświadczam, że

(imię i nazwisko)

jest uczniem/studentem

(pełna nazwa i adres placówki)

Planowany termin ukończenia nauki to

(dzień, miesiąc, rok)

Oświadczam, że jestem świadom/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(miejsowość, data)

(podpis osoby upoważnionej)