………………………………………. Strzyżów, dn. .......................

 *(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

……………………………………….

 *(adres zamieszkania wnioskodawcy)*

**DEKLARACJA WOLI**

uczestnictwa w Programie Wyrównywania Szans Edukacyjnych

uczniów szkół ponadpodstawowych prowadzonych przez Powiat Strzyżowski

1. Potwierdzam wolę uczestnictwa ……………………………………………………

 *(imię i nazwisko ucznia)*

klasa …………………….. …………………………………………………………………….

 *(nazwa szkoły)*

ur. ……………………………………, zam. ………………………………………………….

 *(data urodzenia) (adres zamieszkania ucznia)*

1. Koszt zakupu biletu miesięcznego wynosi …………………………………………
2. Nr konta bankowego oraz nazwisko i imię właściciela konta wskazanego do wypłaty refundacji kosztów dojazdu do szkoły:

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

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

Jednocześnie oświadczam, że ww. uczeń:

1. mieszka w odległości co najmniej 4 km. od szkoły,
2. dojeżdża do szkoły środkami komunikacji publicznej, korzystając z indywidualnych biletów miesięcznych z miejsca zamieszkania do szkoły.

……………………. ………………..……………………………………………..

 *(data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)*

Uwaga.

Deklarację woli składa rodzic/prawny opiekun/pełnoletni uczeń **w terminie do dnia 15 września 2019 r.** w sekretariacie szkoły, do której uczeń uczęszcza lub w terminie 15-tu dni od dnia rozpoczęcia nauki w danej szkole.

Zasady korzystania z refundacji za bilety miesięczne określa załącznik do Uchwały Nr VII/59/2019 Rady Powiatu Strzyżowskiego z dnia 24 kwietnia 2019 r.