

Nazwa organu przyznającego świadczenia pomocy materialnej o charakterze socjalnym:

**Burmistrz Miasta i Gminy Działoszyce**

Adres organu:

**ul. Skalbmierska 5**

**28-440 DZIAŁOSZYCE**

**PMS-2**

**WYRAŻENIE ZGODY NA ZMIANĘ DECYZJI OSTATECZNEJ(YCH)  
W SPRAWIE PRYZNANIA ŚWIADCZEŃ POMOCY MATERIALNEJ  
O CHARAKTERZE SOCJALNYM DLA UCZNI(AÓW) W RODZINIE**

**DANE WNIOSKODAWCY (ADRESATA DECYZJI)**

1. Nazwisko i imię / nazwa	
2. PESEL (nie dotyczy dyrektora)	
3. Adres zamieszkania / siedziby	4. Dane ułatwiające kontakt z wnioskodawcą (np. nr telefonu, adres e-mail)

**Wyrażam zgodę na zmianę decyzji ostatecznej(ych)** w trybie art. 155 *Kodeksu postępowania administracyjnego* wydanej(ych) na podstawie wniosku(ów) o przyznanie stypendium szkolnego składanego(ych) do 15 września 20..... r. lub wniosku(ów) o przyznanie zasiłku szkolnego dla:

L.p.	Nazwisko i imię ucznia	PESEL
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

.....  
(podpis)

**Adnotacje urzędowe:**

.....  
(podpis pracownika)

PMS-2<sub>(5)</sub>

1/1