

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.....
.....
.....
(adres zamieszkania)

Starosta

Powiatu Ostrowieckiego

Wniosek o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)

.....
(akceptacja opiekuna usamodzielnienia)