Załącznik nr 4 do Regulaminu realizacji projektu
Razem dla zdrowia - program wsparcia zdrowia psychicznego mieszkańców Lubelszczyzny

....
Pieczęć szkoły / uczelni miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O NAUCE NA TERENIE WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Niniejszym zaświadcza się, że:

Imię i nazwisko ucznia / słuchacza / studenta:……

PESEL: .....

jest uczniem / słuchaczem / studentem
(nazwa szkoły / uczelni / placówki edukacyjnej):

.....

z siedzibą w:
(dokładny adres szkoły / uczelni –):

.....

Powyższa placówka prowadzi działalność edukacyjną na terenie **województwa lubelskiego**.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę osoby zainteresowanej w celu potwierdzenia faktu nauki na terenie województwa lubelskiego.

.....
(Pieczątka i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia)