



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, POKL, Poddziałanie 9.1.2

---

*Załącznik nr 3*

### OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

Projekt: **Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5**

Ja/My niżej podpisany (-a, -ni) w imieniu dziecka

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

*(imię i nazwisko, adres, PESEL)*

oświadczam (-y), że rezygnuję (-emy) z uczestnictwa w Projekcie **Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5**

Przyczyną rezygnacji jest:

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

.....  
*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna*