



Załącznik nr 24 do Regulaminu świadczeń dla studentów ANS w Koninie – oświadczenie
o stanie faktycznym

.....
(nazwisko i imię)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod pocztowy)

Oświadczenie

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
(podpis składającego oświadczenie)