**Załącznik Nr 2**

 **do ZARZĄDZENIA NR 683/19**

**PREZYDENTA MIASTA BIAŁEGOSTOKU**

**z dnia 13 sierpnia 2019 r**

................................................ Białystok, dnia ..............................

*(imię i nazwisko rodzica/*

*opiekuna prawnego )*

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

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

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

 *(adres zamieszkania)*

**OŚWIADCZENIE**

 Ja niżej podpisana/y oświadczam, że pobieram zasiłek rodzinny na podstawie decyzji wydanej przez ..................................................................Nr........................................................
z dnia............................................................... na okres …………………………………..

na dziecko / dzieci, korzystające z usług danego przedszkola:

1. ................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

2. ................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

3. ................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

4. ................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

5. ................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

W przypadku utraty prawa do otrzymywania zasiłku rodzinnego, zobowiązuję się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu do dyrektora przedszkola.

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

*(podpis rodzica/opiekuna prawnego)*