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

*(imię i nazwisko mocodawcy)*

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

*(adres)*

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

*(nr dowodu osobistego, PESEL)*

**ODWOŁANIE PEŁNOMOCNICTWA**

Z dniem …………..…….…. odwołuję pełnomocnika Pana/Panią ………………………….……………………..

*(imię i nazwisko pełnomocnika, stopień pokrewieństwa)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(adres)*

do reprezentowania mnie przed organami administracji publicznej w sprawie:

świadczenia pomocy materialnej o charakterze socjalnym w formie: stypendium szkolnego, zasiłku szkolnego\* tj. dokonywania w moim imieniu wszelkich czynności związanych   
z ubieganiem się o ww. pomoc, do dostarczenia i odbioru dokumentacji w ww. sprawie oraz rozliczenia i pobierania przyznanej mi pomocy.

\*niepotrzebne skreślić

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

*(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby mocodawcy)*