

Назив средње школе

Медицинска школа са домом ученика „Сестре Нинковић“ - Крагујевац

ИЗЈАВА РОДИТЕЉА/ПУНОЛЕТНОГ УЧЕНИКА

Овом изјавом дајем пристанак Школи да податке о броју мог личног текућег рачуна и називу банке код које је рачун отворен, и то: _____, као и друге податке неопходне за уплату једнократне новчане помоћи у износу од 10.000 динара за сваког ученика средње школе у Републици Србији, достави овлашћеном органу јединице локалне самоуправе која је надлежна да изврши уплату, у складу са Закључком Владе Републике Србије број 401-11777/2023 од 29.новембра 2023.год.

Датум:

Потпис родитеља/пунолетног ученика
