

## NYILATKOZAT

### középfokú és felsőfokú tanulmányokat folytató tanulók és hallgatók tanévkezdési támogatás megállapításához

Alulírott

Név:

.....szül.név:.....

szül.hely, idő:.....an:.....

8625 Szólád, .....utca.....szám alatti lakos,  
nagykorú jogosult, anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom,  
hogy családban az egy főre jutó jövedelem nem haladja meg Szólád Község  
Önkormányzata Képviselő-testületének a helyi szociális ellátásokról szóló  
4/2021. (VI.11.) önkormányzati rendelet 15. §. (2) pontjában meghatározott  
(szociális vetítési alap összegének tízszeresét, azaz 285. 000 Ft) összeget.

Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek és jelen  
nyilatkozattal hozzájárulok a megadott személyes adatok szociális igazgatási  
eljárás során történő felhasználásához.

Szólád, 2024. ....

.....

nagykorú jogosult