

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....
ile semestrów trwa nauka.....

Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki**: ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki**: ☐ tak ☐ nie

Okres zaliczeniowy w szkole**: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie**: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia**:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna**: ☐ tak ☐ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi***: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane**: ☐ nie ☐ tak - ze środków***:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja semestru / półrocza nauki w roku akademickim/..... r.	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk *** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk*** (dzień, miesiąc, rok)	

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć

*** - jeżeli dotyczy wypełnić

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: