

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL

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

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

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

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

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: ☐ tak ☐ nie

Czy Pan/Pani realizuje naukę w spowolnionym trybie: ☐ tak ☐ nie

Czy Pan / Pani realizuje naukę w przyspieszonym trybie: ☐ 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/semestr**
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł Czesne

ww. Studenta w bieżącym półroczu/semestrze jest dofinansowane: ☐ nie ☐ tak -

ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu/semestrze:

Data rozpoczęcia półrocza/semestru (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	
Data zakończenia półrocza/semestru (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (<i>dzień, miesiąc, rok</i>)	

**-niepotrzebne skreślić*

*** - jeżeli dotyczy*

podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

data, podpis: