

.....
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.....

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:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> 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 (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia półrocza/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

** - jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

data, podpis: