

.....  
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 w poprzednim semestrze pobierał(a) lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej  
(w związku z pandemią):  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie/trybie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  przyspieszonym

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\*\*  
(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

|   |  |
|---|--|
| <b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b> |  |
| 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

\*\* - jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: