

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

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczęła(a) / kontynuuje naukę*

W

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

Rok nauki semestr nauki

Planowany termin ukończenia nauki/studiów (rok)

Ilość semestrów aktualnie realizowanej formy kształcenia

1. Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ tak ☐ nie
2. Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: ☐ tak ☐ nie
3. Okres zaliczeniowy w szkole: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)
4. Nauka odbywa się w systemie ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym
5. Aktualnie nauka jest pobierana lub w poprzednim semestrze nauka była pobierana w formie zdalnej, w tym systemie hybrydowym ☐ tak ☐ nie

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

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: