

 …………….…………………………….

 *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

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\*\*:

...................................................................... w wysokości:................................. zł

...................................................................... w wysokości:................................. zł

|  |
| --- |
| **Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ................./................ r. w jednym 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*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis:

***\*\**** *- jeżeli dotyczy*