

.....
pieczęć Szkoły/Uczelni

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

zamieszkały/a w

nr PESEL

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

.....

.....

(pełna nazwa uczelni/szkoły)

na wydziale:

kierunku:

rok nauki..... semestr nauki.....

Forma kształcenia (odpowiednie zaznaczyć):

<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 z innych źródeł (poza PFRON):

tak nie Jeśli TAK, to z jakich źródeł:.....w
wysokości:.....zł

Student/Uczeń powtarza obecnie semestr/rok nauki: nie tak

Student/Uczeń powtarzał wcześniej semestr/rok nauki: nie tak na roku nauki (podać w którym)
..... w roku akademickim / szkolnym 20...../20....., z
powodu:.....

.....

.....

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

data, podpis i pieczęć pracownika Uczelni/Szkoły

**** - jeżeli dotyczy**