



.....  
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: .....

Okres trwania nauki (liczba semestrów).....

Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki:  TAK  NIE.

Jeśli TAK , to który rok/lata ..... i który/e semestr/y..... oraz który raz .....

Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce (np. urlop zdrowotny, urlop dziekański) w bieżącym półroczu/semestrze nauki:  NIE

TAK z przyczyny .....

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Formy kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia mgr	<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"/> szkoła doktorska
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> inne (jakie ?) .....	

Nauka jest odpłatna:  TAK  NIE

Wysokość czesnego dla ww. studenta za jedno półrocze/semestr) wynosi: ..... zł, jest to kwota bez wpisowego, opłaty rekrutacyjnej i kosztów za powtarzanie semestru lub przedmiotu.

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane z innych źródeł (poza PFRON):  TAK  NIE

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

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu/semestrze :	
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 i podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły/ Uczelni