

....., dnia .....

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:

<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		
<input type="checkbox"/> pobieranie nauki w formie zdalnej/w systemie hybrydowym		
<input type="checkbox"/> pobieranie nauki w formie zdalnej/w systemie hybrydowym w poprzednim semestrze		

**Średnia ocen w poprzednim semestrze:**

**Nauka jest odpłatna:**  tak  nie

**Wysokość kwoty czesnego za jeden semestr (pomniejszona o np. rabaty udzielone przez uczelnię)\*\* (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi:** ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym semestrze jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1..... w wysokości: ..... zł

2..... w wysokości: ..... zł

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym semestrze:</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: