

.....  
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.....  
ile semestrów trwa nauka.....

Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki\*\*:

tak  nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki\*\*:

tak  nie

(przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)

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		

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 semestru / półrocza nauki w roku akademickim .....**

**r.**

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)	

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć

\*\*\* - jeżeli dotyczy wypełnić

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: .....