

.....  
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.....

**(proszę zaznaczyć x właściwą odpowiedź)**Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  **tak**  **nie**Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  **tak**  **nie**Czy Pan/Pani studiuje w trybie przyspieszonym:  **tak**  **nie**Czy Pan/Pani korzysta z usług tłumacza języka migowego:  **tak**  **nie**Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej  
(w związku z pandemią):  **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		

Nauka jest odpłatna:  **tak**  **nie** Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... złCzesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  **nie**  **tak** - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

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

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

\*-niepotrzebne skreślić

\*\*- jeżeli dotyczy

.....  
data, podpis:

W przypadku braku pieczęci lub podpisu właściwych osób w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, dokument zostanie zwrócony Wnioskodawcy celem uzupełnienia.