

.....
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 tym w systemie hybrydowym: **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

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)	

.....
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 uzupełniania.