

.....
*pieczęć szkoły/uczelni***ZAŚWIADCZENIE**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę/kontynuuje naukę/zakończył(a) 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:

☐ **tak** ☐ **nie**

Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie w tym w systemie hybrydowym:

☐ **tak** ☐ **nie**Okres zaliczeniowy w szkole: ☐ **semestr** ☐ **rok akademicki (szkolny)**Nauka odbywa się w systemie: ☐ **stacjonarnym** ☐ **niestacjonarnym**

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ 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 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

data, podpis:

*- niepotrzebne skreślić

**- jeżeli dotyczy

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.

