

.....
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.....

1. Ile semestrów trwa nauka w danej formie kształcenia

2. Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki**:
 tak nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki

3. Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki**:
 tak nie
(przerwa w nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)

4. Okres zaliczeniowy w szkole**:
 semestr rok akademicki (szkolny)

5. Nauka odbywa się w systemie**:
 stacjonarnym niestacjonarnym

6. Indywidualna organizacja studiów***:
 spowolnienie toku studiów studia w przyspieszonym trybie

7. 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"/> kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<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		

8. Nauka jest odpłatna**:
 tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi***: zł

9. Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane**:
 nie tak - ze środków***:

a) w wysokości:..... zł

b) 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)	

* - niepotrzebne skreślić
** - właściwe zaznaczyć
*** - jeżeli dotyczy wypełnić

.....
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....
data, podpis