

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

### ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

PESEL .....

**rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\***

W.....

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

Rok nauki..... semestr nauki.....

Nauka trwa ..... semestry/ów

(podać liczbę semestrów)

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok/semestr nauki\*:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Nauka odbywa się w trybie przyspieszonym:  tak  nie

Nauka odbywa się w toku spowolnionym:  tak  nie

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 .....
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: .....

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)	

\*-niepotrzebne skreślić \*\* - jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: