

.....  
*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.....

Okres trwania nauki (ilość lat)...../(ilość semestrów).....

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

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

Aktualna forma kształcenia jest realizowana zgodnie z planem/programem studiów  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przyspieszonego toku nauki  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta ze spowolnionego toku nauki  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"/> szkoła policealna          |
| <input type="checkbox"/> kolegium  | <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej | <input type="checkbox"/> wyższe seminarium duchowne |
| <input type="checkbox"/> przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi |  |   |

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

**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*  
\*\* - *jeżeli dotyczy*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis: \_\_\_\_\_