

.....  
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.....  
ile semestrów trwa nauka.....

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

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....

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)

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\*\*\*: ..... zł

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

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Organizacja semestru / półrocza nauki w roku akademickim ...../..... r.**

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| 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

\*\* - właściwe zaznaczyć

\*\*\* - jeżeli dotyczy wypełnić

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: