

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

Zamieszkały(a).....

nr PESEL .....

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

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

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

Czy Pan(i)powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie  
 Czy Pan(i) 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 za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie/ szkoła doktorska	<input type="checkbox"/> przewód doktorski (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Nauka jest odpłatna:  nie  
 tak w wysokości .....zł za dany semestr

Czesne ww. Studenta w bieżącym semestrze jest dofinansowane:

(należy wypełnić w przypadku, gdy nauka jest odpłatna)

nie  
 tak – ze środków .....  
 w wysokości .....

**Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w danym semestrze:**

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)	

Podpis i pieczęć pracownika jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

\*-niepotrzebne skreślić

podpis: \_\_\_\_\_