

.....
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.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/półrocze: ☐ tak ☐ nieCzy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/półrocze z powodu niezadowolających wyników w nauce: ☐ tak ☐ nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: ☐ tak ☐ nieCzy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie: ☐ tak ☐ nieCzy Pan/Pani ma spowolniony tok studiów/nauki: ☐ tak ☐ nieOkres zaliczeniowy w szkole: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnymNauka jest pobierana w formie zdalnej (w związku z pandemią) ☐ tak ☐ nieNauka w poprzednim semestrze była pobierana w formie zdalnej (w związku z pandemią) ☐ tak ☐ nie

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ uczelnia zagraniczna	☐ przewód doktorski (osoby nie będące uczestnikami studiów doktoranckich)	☐ szkoła doktorska
☐ 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: złCzesne 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)	
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: