

.....  
*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) rok 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**

Aktualnie nauka jest pobierana w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:  **tak**  **nie**

W poprzednim semestrze nauka była pobierana w formie zdalnej, w tym w systemie  
hybrydowym  **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 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 roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu/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)	

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

.....  
data, podpis: