

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL

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

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

Czas trwania nauki..... (ilość semestrów w toku nauki) Rok nauki Semestr.....

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

☐ hybrydowym ☐ przez Internet

Czy Panu/Pani, na podstawie decyzji uczelni umożliwiono:

- wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (spowolnienie toku studiów/nauki): ☐ tak ☐ nie
- skrócenie okresu trwania studiów/nauki (spowolnienie toku studiów/nauki): ☐ tak ☐ nie

Czy w poprzednim semestrze pobierał(a) Pan/Pani, naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:

☐ tak ☐ nie

Czy aktualnie pobierał(a) Pan/Pani, naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym: ☐ 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
☐ 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 wysokościzł

2. w wysokościzł

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: