

.....  
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.....

1. Ile semestrów trwa nauka w danej formie kształcenia .....

2. Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki\*\*:

tak  nie

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

3. 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)

4. Okres zaliczeniowy w szkole\*\*:

semestr  rok akademicki (szkolny)

5. Nauka odbywa się w systemie\*\*:

stacjonarnym  niestacjonarnym

6. Indywidualna organizacja studiów\*\*\*:

spowolnienie toku studiów  studia w przyspieszonym trybie

7. 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"/> kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<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		

8. Nauka jest odpłatna\*\*:

tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi\*\*\*: ..... zł

9. Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane\*\*:

nie  tak - ze środków\*\*\*:

a) ..... w wysokości:..... zł

b) ..... 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

\*\* - właściwe zaznaczyć

\*\*\* - jeżeli dotyczy wypełnić

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....  
data, podpis: