

.....  
pieczęć szkoły/uczelni**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

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)

Kierunek .....

Wydział .....

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

Okres trwania nauki w szkole (ilość semestrów) ..... / (ilość lat) .....

**Czy Pan/Pani:**1) aktualnie powtarza rok/semestr nauki:  tak  nie2) wcześniej powtarzał/a rok/semestr nauki w ramach danej formy kształcenia:  tak  nie3) korzysta z przerwy w nauce:  tak  nieAktualna forma kształcenia jest realizowana zgodnie z planem/programem studiów:  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym**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"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		
<input type="checkbox"/> inna, jaka ? .....		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\* wynosi: ..... zł (w odniesieniu do ww. Studenta)

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

..... 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

Data, pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej  
Szkoły