

.....

pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani zamieszkały/a w
..... przy ul....., nr PESEL
.....

nie otrzymuje / otrzymuje* dofinansowanie/a na pokrycie kosztów nauki na/w*

.....
.....

(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

na semestr w wysokościzł (słownie złotych:
.....) w roku akademickim/ szkolnym*

.....

miejsowość i data

.....

podpis pracodawcy

*niepotrzebne skreślić