

.....  
pieczęć Szkoły

## **ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd” Moduł II – kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym)

Pan/Pani .....

PESEL .....

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

.....  
(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

### **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 programu Unii Europejskiej				

Czas trwania nauki: ..... semestrów

Rok nauki..... semestr nauki..... Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Nauka odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego:\*\*

➔ za semestr letni/zimowy roku akademickiego (szkolnego) 20.../20..... – .....zł

### **Organizacja roku akademickiego (szkolnego):**

#### **Semestr letni/zimowy\* roku akademickiego (szkolnego) 20.../20.....**

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: