

.....
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.....

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

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Nauka odbywa się w przyspieszonym trybie: tak nie

Czy (szkoła) uczelnia zapewnia studentom:

-transport z miejsca zamieszkania do miejsca nauki: tak nie

-tłumacza języka migowego: tak nie

-asystenta osoby niepełnosprawnej: tak nie

Czy uczeń/student korzysta z powyższych form oferowanych przez (szkołę) uczelnię: tak nie

Nauka odbywa się w formie zdalnej (w związku z pandemią) : tak nie

Czy w poprzednim semestrze wskazanej formy kształcenia nauka odbywała się zdalnie (w związku z pandemią): tak nie

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"/> otwarty przewód doktorski
<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> uczelnia zagraniczna

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Nauka jest odpłatna: tak nie

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

..... zł

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

1..... w wysokości:..... zł

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu:

Data rozpoczęcia semestru ** (dzień, miesiąc, rok)

Data zakończenia semestru ** (dzień, miesiąc, rok)

*-niepotrzebne skreślić

** - semestr/półrocze obejmuje zajęcia dydaktyczne oraz sesje egzaminacyjną w bieżącym semestrze/półroczu

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: _____