

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb Realizatora pilotażowego programu „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 powtarza/powtarzał(a) rok/semestr nauki w ramach danej formy kształcenia **: tak nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki

Aktualnie forma kształcenia jest realizowana zgodnie z planem/programem studiów **: tak nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki **: tak nie
(przerwa w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki np. urlop dziekański, urlop zdrowotny)

Okres 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"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		
<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób niebędących uczestnikami studiów doktoranckich)		

Nauka jest odpłatna **: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi **: zł

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

1. w wysokości: zł

2. 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: