

.....  
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  nieCzy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  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"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... złCzesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

**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

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: .....