

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON (program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę/kontynuuje naukę* w
(pełna nazwa uczelni/szkoły)

Kierunek

Wydział

Rok nauki **semestr nauki**

Okres trwania nauki w szkole (ilość semestrów) / (ilość lat)

Czy Pan/Pani:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1) aktualnie powtarza rok/semestr nauki: | ☐ tak | ☐ nie |
| 2) wcześniej powtarzał/a rok/semestr nauki w ramach danej formy kształcenia: | ☐ tak | ☐ nie |
| 3) korzysta z przerwy w nauce: | ☐ tak | ☐ nie |
| 4) studia odbywają się tylko za pośrednictwem Internetu | ☐ tak | ☐ nie |
| 5) będzie pobierał/a naukę w formie zdalnej lub w systemie hybrydowym | ☐ tak | ☐ nie |
| 6) pobierał/a naukę w formie zdalnej lub w systemie hybrydowym** | ☐ tak | ☐ nie |
| 7) studiuje w przyspieszonym trybie nauki | ☐ tak | ☐ nie |

Aktualna forma kształcenia jest realizowana zgodnie z planem/programem studiów: ☐ tak ☐ nie

Okres zaliczeniowy w szkole: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

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
☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)		
☐ inna, jaka ?		

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie

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

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

Data, pieczętka i podpis pracownika jednostki organizacyjnej
Szkoły