

.....
(Pieczęć szkoły/uczelni)

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani

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

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze pobierał/a lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej (w związku z pandemią) tak nie

<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:

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

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

** - jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: