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/na ……..……....……..……

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły)

Wydział: …….…… Kierunek: ……..……..

Czas trwania nauki: …… (ilość semestrów w toku nauki) Rok nauki .....…… Semestr nauki .....

Planowany termin ukończenia nauki/studiów ……
Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok/semestr 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 ☐ hybrydowym ☐ przez Internet

Czy Panu/Pani, na podstawie decyzji uczelni, umożliwiono:
- wydłużenie okresu trwania studiów/nauki (spowolnienie toku studiów/nauki): ☐ tak ☐ nie
- skrócenie okresu trwania studiów (studia w przyspieszonym trybie): ☐ tak ☐ nie

Czy w poprzednim semestrze 2024/2025 pobierał(a) Pan/Pani, naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym: ☐ tak ☐ nie lub
aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym: ☐ tak ☐ nie

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie (trzeciego stopnia)	☐ szkoła doktorska
☐ kolegium utworzone zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz.U.2020r.poz 910, z późn.zm)		☐ szkoła policealna
☐ 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: ..... zł

Czesne ww. studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: ☐ tak ☐ nie - ze środków**:
..... w wysokości: ..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia semestru *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia zajęć dydaktycznych *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej *(dzień, miesiąc, rok)*	

*****-*niepotrzebne skreślić* ** - *jeżeli dotyczy*

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły/Uczelni

data, podpis: