

.....  
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/ półrocze\* 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/półrocze  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 jeden semestr/półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

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

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego)...../..... r. w jednym semestrze/półroczu:</b>	
Data rozpoczęcia semestru/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
<b>semestr/półrocze obejmuje zajęcia dydaktyczne, sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki</b>	

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
miejsce i data

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły