

.....  
pieczęć szkoły/uczelni**ZAŚWIADCZENIE**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
UWAGA! Wypełnia pracownik jednostki organizacyjnej szkoły/uczelni

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  nieCzy w poprzednim semestrze nauka była pobierana w formie zdalnej (w związku z pandemią):  tak  nieCzy aktualnie nauka jest pobierana w formie zdalnej (w związku z pandemią):  tak  nieOkres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Okres trwania nauki (ilość semestrów): .....

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	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze w odniesieniu do w/w wymienionego Studenta wynosi: ..... zł.

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak – ze środków (jeżeli dotyczy):

1..... w wysokości: ..... zł

2..... w wysokości: ..... zł

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
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

\*\* publiczna lub niepubliczna szkoła policealna, działająca zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły