



**PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł II

.....  
*pieczęć zakładu pracy*

**ZAŚWIADCZENIE**  
wydane przez pracodawcę/zakład pracy na potrzeby Realizatora Programu  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

W oświadczeniu należy wypełnić czytelnie wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Pan/Pani.....

zamieszkały/a w .....

(miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy)

nr PESEL .....

**nie otrzymuje/otrzymuje\* dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na/w\***

.....

.....

(pełna nazwa i adres uczelni/szkoły\*)

na wydziale .....

kierunku .....

rok nauki ..... semestr nauki .....

**na miesiąc/semestr\*** w wysokości: ..... zł (słownie: .....

.....)

za semestr zimowy/letni\* roku akademickiego/szkolnego\* 20 ..... / 20 .....

\*-niepotrzebne skreślić

*podpis pracodawcy*

*Data, podpis:.....*