



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Załącznik do wniosku o dofinansowanie kosztów nauki w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - Moduł II

.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani ..... nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w/na .....

(pełna nazwa uczelni/szkoły)

Wydział: .....

Kierunek: .....

NIP szkoły/uczelni ..... Rok nauki ..... Semestr nauki .....

Okres trwania nauki: ..... (ile semestrów), ..... (ile lat) .

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

### Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej
<input type="checkbox"/> kolegium <small>utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r., poz. 1943 z późn. zm.)</small>	<input type="checkbox"/> szkoła policealna <small>utworzona zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r., poz. 1943 z późn. zm.)</small>	

Nauka jest odpłatna:  tak  nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\* (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł  
(słownie: .....

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/Uczelni

data, podpis: