



**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 przy ul.
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:.....