



**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 .....

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

NIP szkoły/uczelni ..... Rok nauki ..... semestr 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  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 utworzone zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2156)
<input type="checkbox"/> szkoła policealna utworzona zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2156)	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	

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\*\*:

- ..... w wysokości:..... zł
- ..... 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

\*\* jeżeli dotyczy

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: