

.....
Pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL.....

rozpoczął(ę) naukę/kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

.....Rok nauki.....semestr nauki.....

Okres trwania nauki szkole (ile semestrów).....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: ☐ nie ☐ tak

-proszę podać który:.....

-proszę wskazać przyczynę powtarzania semestru/półroczna

☐ niezadowolające wyniki w nauce ☐ stan zdrowia ☐ inne, jakie.....

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

Tryb nauczania (jeżeli dotyczy): ☐ zdalny ☐ hybrydowy ☐ stacjonarne

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ staż zawodowy zagranicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze**

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: ☐ nie ☐ tak

-ze środków**w wysokości:zł

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym)..... **

(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni **skala ocen**.....

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

data, podpis: