

.....
pieczęć uczelni/szkoły

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani.....

nr PESEL

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

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

..... Rok nauki..... semestr/półrocze nauki.....

Miejsce pobierania nauki:

Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/rok* nauki: tak nie,
jeśli tak to który semestr/rok*.....

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
		<input type="checkbox"/> szkoła policealna

Nauka jest odpłatna: tak nie

Wysokość kwoty czesnego za semestr/półrocze** roku akademickiego/szkolnego

..... (w odniesieniu do ww. osoby) wynosi: zł

Czesne ww. osoby w bieżącym półroczu/semestrze jest dofinansowane: nie tak - ze
środków** w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego/szkolnego/..... r. w jednym semestrze/półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru/półrocza (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru/półrocza (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 Uczelni/Szkoły

data, podpis: