

.....  
pieczęć uczelni/szkoły

## ZAŚWIADCZENIE

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

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

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły)

.....Wydział: .....Kierunek: .....

..... Rok pobierania 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 (półrocze)  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Czy Pan/Pani pobierał(a)/pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym:

- w poprzednim semestrze, tj. w semestrze zimowym roku akademickiego/szkolnego

2023/2024:  tak  nie

- w ramach bieżącego semestru, tj. semestru letniego roku akademickiego/szkolnego 2023/2024:

tak  nie

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"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> szkoła doktorska	<input type="checkbox"/> przewód doktorski
		<input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej

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

.....  
data i podpis pracownika jednostki organizacyjnej uczelni/szkoły