

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb Realizatora programu
pilotażowy program Aktywny Samorząd (2019) w Powiecie Ostrowskim

Pan/Pani.....

nr PESEL

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

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

Rok nauki semestr nauki

Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/ półrocze tak, jeśli tak które nie

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki tak, jeśli tak który 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 pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: tak nie

Wysokość kwoty czesnego za jeden semestr - w odniesieniu do ww. studenta

wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym semestrze jest dofinansowane: nie tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... w bieżącym semestrze:

Data rozpoczęcia semestru)	
Data zakończenia semestru	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej	

*-niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

.....
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

.....
data, podpis, pieczęć: