……
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb Realizatora programu program „Aktywny samorząd”

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

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

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

……..……...

Okres trwania nauki w szkole…….....(ile semestrów), rok nauki.....…… semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: (Jeśli tak, to który rok/semestr nauki)	□ tak □ nie
Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: (przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)	□ tak □ nie
Czy Pan/Pani korzysta ze spowolnienia toku studiów:	□ tak □ nie
Czy Pan/Pani studiuje w przyśpieszonym trybie:	□ tak □ nie
Okres zaliczeniowy w szkole:	□ semestr □ rok akademicki (szkolny)
Nauka odbywa się w systemie:	□ stacjonarnym □ niestacjonarnym
Nauka w bieżącym semestrze będzie pobierana w formie hybrydowej:	□ tak □ nie
Nauka w bieżącym semestrze będzie pobierana w formie zdalnej:	□ tak □ nie

Forma kształcenia:

□ jednolite studia magisterskie	□ studia pierwszego stopnia	□ studia drugiego stopnia
□ studia podyplomowe	□ szkoła doktorska	□ kolegium pracowników służb społecznych
□ kolegium nauczycielskie	□ nauczycielskie kolegium języków obcych	□ szkoła policealna
□ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: □ tak □ nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze (semestr)**** (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

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

1. ..... w wysokości:..... zł
2. ..... w wysokości:..... zł

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*

data, pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły