

.....  
*pieczęć szkoły/uczelni*

## **ZASWIADCZENIE o statusie studenta/ucznia**

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

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

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

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

..... rok nauki..... semestr nauki.....

Nauka na ww. kierunku trwa łącznie .....semestrów .....lat(a).

- Czy Pan/Pani powtarzał(a) semestr/półrocze/rok\* nauki:  tak  nie  
Jeśli tak, to który semestr/półrocze/rok\* .....
- Czy Pan/Pani aktualnie powtarza semestr/półrocze/rok\* nauki:  tak  nie
- 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
- Studia odbywają się w trybie:  przyspieszonym  spowolnionym  normalnym

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 jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

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

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
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: