

.....
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 łączniesemestrówlat(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

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

.....
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: