

.....
pieczęć Szkoły/Uczelni**ZAŚWIADCZENIE****WYPEŁNIA UCZELNIA (Z DANymi OSOBOWymi WŁĄCZNIe)**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PCPR
(program „Aktywny samorząd” – moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym)

Pan/Pani

nr PESEL

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

.....
(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

Rok nauki..... semestr nauki

FORMA KSZTAŁCENIA:

<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie
<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"/> inne, jakie:		

- Pan/Pani powtarzał(a) semestr / półrocze / rok szkolny lub akademicki* w ciągu trwania nauki w ramach danej formy kształcenia: tak nie
- Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: nie tak – rodzaj przerwy (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, inny – jaki):
- Nauka odbywa się w przyspieszonym trybie: nie tak – podaj zakres:.....
- Nauka w poprzednim semestrze odbywała się w formie zdalnej (w tym w systemie hybrydowym):
 nie tak
- Nauka w obecnym semestrze odbywa się w formie zdalnej (w tym w systemie hybrydowym):
 nie tak
- Okres zaliczeniowy w szkole: semestr/półrocze rok akademicki (szkolny)
- Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym
- Nauka odpłatna: tak nie
- Forma kształcenia trwająca jeden rok: tak nie
- Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze wynosi:zł
- Czesne 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/Uczelni

data, podpis: