

.....
pieczęć szkoły / uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły / uczelni dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani zamieszkały/a
w.....przy ul....., nr PESEL

☐ rozpoczął(ęła) naukę

☐ kontynuuje naukę* w
(pełna nazwa i adres szkoły)

Wydział
Kierunek

Rok nauki..... semestr nauki..... okres trwania nauki (ile semestrów ogółem).....

Czy Pan/Pani powtarza ww. półrocze/semestr nauki: ☐ nie ☐ tak – proszę wskazać przyczynę powtarzania semestru/półrocza:

☐ niezadowalające wyniki w nauce ☐ stan zdrowia ☐ inne, jakie? Okres

zaliczeniowy w szkole/ na uczelni: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny) Nauka odbywa się w systemie:

☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ on – line

Forma kształcenia:

☐ studia pierwszego stopnia ☐ studia drugiego stopnia ☐ jednolite studia magisterskie ☐ szkoła policealna

☐ studia podyplomowe ☐ studia doktoranckie/ doktorskie ☐ kolegium pracowników służb społecznych

☐ kolegium nauczycielskie ☐ przewód doktorski (dot. osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

☐ uczelnia zagraniczna ☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów UE

☐ nauczycielskie kolegium języków obcych ☐ kurs/szkolenie/inne

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze / semestr lub opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego** (w odniesieniu do ww. ucznia / studenta*) wynosi: zł

(słownie:.....)

Organizacja roku szkolnego / akademickiego/..... r. w jednym półroczu/ semestrze:

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, pieczęć i czytelny podpis pracownika szkoły/uczelni

* -niepotrzebne skreślić ** - jeżeli dotyczy