

pieczęć szkoły/uczelni

**ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb realizacji przez  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Informuję, że:

Pan/Pani ..... PESEL: .....  
*imię i nazwisko ucznia / studenta*

pobiera (rozpoczął(ęła)/kontynuuje\*) naukę w .....  
*pełna nazwa szkoły/uczelni,*

....., na Wydziale: .....  
*pełna nazwa wydziału*

kierunek: ..... , data rozpoczęcia nauki: .....  
*pełna nazwa kierunku*

rok nauki: ..... , semestr nauki: .....

**1. Forma kształcenia ww. ucznia/studenta:**

<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"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> wyższe seminarium duchowne	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dotyczy osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
<input type="checkbox"/> inne, jakie .....	<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	

**2. Informacje uzupełniające dot. kształcenia ww. ucznia/studenta:**

1. Czy Wnioskodawca powtarzał w poprzednich latach semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki?	<input type="checkbox"/> tak, który? .....	<input type="checkbox"/> nie
2. Czy Wnioskodawca aktualnie powtarza semestr/półrocze/rok szkolny lub akademicki?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
3. Czy Wnioskodawca korzysta z przerwy w nauce?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4. Czy Wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
5. Czy wnioskodawca studiuje w spowolnionym trybie?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
6. Okres zaliczeniowy w szkole:	<input type="checkbox"/> semestr	<input type="checkbox"/> rok akademicki/szkolny
7. Nauka odbywa się w systemie:	<input type="checkbox"/> stacjonarnym	<input type="checkbox"/> niestacjonarnym

**3. Informacje dotyczące odpłatności za naukę/studia:**

1. Nauka jest odpłatna:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2. Wysokość kwoty czesnego za <u>jedno półrocze/semestr</u> wynosi (jeśli dotyczy):	..... zł	
3. Czesne ww. ucznia/studenta w bieżącym roku jest dofinansowane:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>jeśli tak, proszę wypełnić poniższe wiersze</b>		
ze środków	.....	w wysokości ..... zł

**Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... 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)	
jeśli dotyczy	Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk (dzień, miesiąc, rok)
	Data zakończenia obowiązkowych praktyk (dzień, miesiąc, rok)

\*niepotrzebne skreślić

Pieczęć i czytelny podpis pracownika jednostki organizacyjnej  
szkoły/uczelni

data, podpis