



ZAŚWIADCZENIE

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

Informuje, 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 <small>(dotyczy osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)</small>
<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. Czy wnioskodawca w poprzednim semestrze pobierał lub aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej, w tym w systemie hybrydowym?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
7. Okres zaliczeniowy w szkole:	<input type="checkbox"/> semestr	<input type="checkbox"/> rok akademicki/szkolny
8. 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 jedno półrocze/semestr wynosi (jeśli dotyczy): zł	
3. Czesne ww. ucznia/studenta w bieżącym roku jest dofinansowane:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
jeśli tak, proszę wypełnić poniższe wiersze		
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)
<small>jeśli dotyczy</small>	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