

pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb realizacji przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim 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 (<i>dotyczy osób nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
<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/półroczce/rok szkolny lub akademicki?	<input type="checkbox"/> tak, który?	<input type="checkbox"/> nie
2. Czy Wnioskodawca aktualnie powtarza semestr/półroczce/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. Średnia ocen wyliczona za poprzedni semestr:	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
8. Okres zaliczeniowy w szkole:	<input type="checkbox"/> semestr	<input type="checkbox"/> rok akademicki/szkolny
9. 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 półroczce/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:	ze środków:	w wysokości:

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)	
<i>jeśli dotyczy</i>	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