

…………….…………………………….

 *pieczęć szkoły/uczelni*

# ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb*

*Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Prudniku*

 *Program „Aktywny samorząd”*

Pan/Pani..........................................................................................................................................
nr PESEL ........................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………….....

*(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)*

……………………………………………………………..… Rok nauki....…. semestr nauki..............

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki: tak nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce: tak nie

Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie:  tak nie

Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze pobierał naukę w formie zdalnej (w związku z pandemią): tak nie

Czy Pan/Pani aktualnie pobiera naukę w formie zdalnej (w związku z pandemią): tak nie

Powtarzanie semestru lub przerwa w nauce w trakcie trwania nauki odbyło się: razy

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

|  |
| --- |
|  Forma kształcenia: |
|  jednolite studia magisterskie |  studia pierwszego stopnia |  studia drugiego stopnia |
|  studia podyplomowe |  studia doktoranckie |  kolegium pracowników służb społecznych |
|  kolegium nauczycielskie |  nauczycielskie kolegium języków obcych |  szkoła policealna |
|  staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej  |

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jeden semestr/półrocze**\***(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ................................................................... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków\*\*:

...................................................................... w wysokości:................................... zł

...................................................................... w wysokości:................................... zł

|  |
| --- |
| **Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ............./............. r. w jednym semestrze/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*

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły*

data, podpis:

***\*\**** *- jeżeli dotyczy*