

.....
pieczęć szkoły/uczelni

Załącznik nr 2 - ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie

Pan/Pani nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w:

Pełna nazwa uczelni/szkoły:

.....
Wydział:

.....
Kierunek:

.....
Rok nauki..... semestr nauki..... NIP uczelni

Adres do korespondencji:

.....
Czy Pan/Pani powtarza rok / semestr / półrocze nauki*:

☐ nie ☐ tak

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:

☐ nie ☐ tak jeżeli tak to jakiej:.....)

Okres zaliczeniowy w szkole:

☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:

☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia:

☐ jednolite studia magisterskie
☐ studia podyplomowe
☐ kolegium nauczycielskie
☐ studia pierwszego stopnia
☐ studia doktoranckie

☐ nauczycielskie kolegium języków obcych
☐ studia drugiego stopnia
☐ szkoła policealna
☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej

Okres trwania nauki (ile semestrów)

Spowolnienie toku studiów: ☐ tak ☐ nie

należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego).

Studia w przyspieszonym trybie: ☐ tak ☐ nie

należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów.

Nauka była w poprzednim semestrze lub aktualnie jest pobierana w formie zdalnej :

☐ tak ☐ nie

Organizacja roku akademickiego (szkolnego) 2026/2027 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):

Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok):

Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok):

Nauka jest odpłatna: ☐ tak ☐ nie

Wysokość kwoty czesnego ponoszona w ww. okresie** (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi:

..... zł

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

1. w wysokości: zł

2. w wysokości: zł

**-niepotrzebne skreślić*

*** - jeżeli dotyczy*

.....
Data i podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły/Uczelni