

.....  
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, umożliwiającą 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) 2023/2024 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*