

.....
pieczęć uczelni/szkoły

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną uczelni /szkoły
na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elku będącego realizatorem pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Pan/Pani.....

nr PESEL

Rok akademicki/szkolny**/....., Rok nauki semestr nauki

kontynuuje naukę rozpoczął/rozpoczęła naukę

na/w.....

(pełna nazwa uczelni/szkoły)

.....
(wydział, kierunek)

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

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

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<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"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna: tak nie

Koszt czesnego za jeden semestr/półroczcie (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi:zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym semestrze/półroczcu jest dofinansowane: nie, tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

Obowiązująca na uczelni skala ocen: **Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim/szkolnym** :
(średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Organizacja roku akademickiego/szkolnego/..... r. 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)	

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli dotyczy

.....
/Data, pieczęćka i podpis wystawiającego Zaświadczenie/