

.....
(pieczęć uczelni / szkoły)

ZASWIADCZENIE

**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dla potrzeb
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu
(wypełnia pracownik uczelni / szkoły)**

Pan/Pani

nr PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

pobiera naukę w:

.....
.....

(pełna nazwa i adres uczelni / szkoły)

na wydziale:

.....
.....

kierunku:

.....
.....

specjalności:

.....

rok nauki: **semestr/półrocze nauki:**

czas trwania nauki - całkowita ilość semestrów / półroczy w toku nauki:

forma kształcenia (odpowiednie zaznaczyć):

- szkoła policealna jednolite studia magisterskie studia pierwszego stopnia
 studia drugiego stopnia studia podyplomowe kolegium pracowników służb społecznych
 kolegium nauczycielskie nauczycielskie kolegium języków obcych studia doktoranckie
 przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi nauka na uczelni zagranicznej

nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym (dziennym) niestacjonarnym

obowiązujący okres zaliczeniowy: semestr / półrocze rok akademicki / szkolny

nauka jest odpłatna: nie tak

wysokość czesnego:

- semestr zimowy/pierwszy roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - zł
 semestr letni/drugi roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20..... - zł

czesne ww. studenta / ucznia było/jest dofinansowane nie tak, ze środków:

- - zł
- - zł

student / uczeń powtarza obecnie semestr/półrocze / rok nauki*: nie tak, z powodu (np. niezadowolające wyniki w nauce):

student / uczeń powtarzał wcześniej semestr/półrocze / rok nauki*: nie tak, semestr zimowy / letni* na roku nauki (podać którym) w roku akademickim / szkolnym 20..... / 20....., z powodu:.....

student / uczeń korzysta obecnie z przerwy w nauce: nie tak, nauka została przerwana na okres:

student / uczeń korzystał wcześniej z przerwy w nauce: nie tak, w roku akademickim / szkolnym 20..... / 20....., z powodu (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny):

organizacja roku akademickiego / szkolnego:

semestr zimowy / pierwszy roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20.....

- 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)

semestr letni / drugi roku akademickiego / szkolnego 20..... / 20.....

- 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

.....
(data, podpis i pieczęćka imienna pracownika uczelni / szkoły)