

.....  
(pieczęć uczelni / szkoły)

### **ZAŚWIADCZENIE**

**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dla potrzeb  
pilotażowego programu Aktywny Samorząd  
(wypełnia pracownik uczelni / szkoły)**

**Zaświadcza się, że:**

**Pan/Pani** .....

**nr PESEL** \_ \_ \_ \_ \_

**pobiera naukę w:**

.....  
.....  
.....

(pełna nazwa i adres uczelni / szkoły)

**forma kształcenia:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> przedszkole                | <input type="checkbox"/> studia jednolite magisterskie                  |
| <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa          | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                             |
| <input type="checkbox"/> gimnazjum                  | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                            |
| <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa | <input type="checkbox"/> przewód doktorski                              |
| <input type="checkbox"/> technikum                  | <input type="checkbox"/> seminarium doktoranckie                        |
| <input type="checkbox"/> liceum                     | <input type="checkbox"/> szkoła doktorska                               |
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna          | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów UE |
| <input type="checkbox"/> kolegium                   | <input type="checkbox"/> uczelnia zagraniczna                           |
| <input type="checkbox"/> studia II stopnia          | <input type="checkbox"/> każda inna, jaka:.....                         |
| <input type="checkbox"/> studia I stopnia           | .....   |

**przewidywany okres trwania nauki:** od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

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