

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę dla potrzeb Realizatora pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Pan/Pani
(imię i nazwisko)

nr PESEL

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

nie otrzymuje dofinansowania na pokrycie kosztów nauki w roku akademickim/szkolnym*

.....

otrzymuje dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki miesięcznie/na semestr* w wysokości

.....zł (słownie:)

w roku akademickim/szkolnym*

pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek:

.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis pracodawcy/ osoby upoważnionej

**niepotrzebne skreślić*