

.....  
*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