

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę/zakład pracy na potrzeby Realizatora Programu
(program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....
zamieszkały/a wprzy ul.
nr PESEL.....
zatrudniony/a na stanowisku.....
od.....

(od kiedy zatrudniony, rodzaj zatrudnienia)

otrzymuje wynagrodzenie w wysokości
(netto za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek)

nie otrzymuje/otrzymuje* dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na/w*

.....
.....
(pełna nazwa i adres uczelni/szkoły*)

na wydziale
kierunku

rok nauki semestr nauki

na miesiąc/semestr* w wysokości:..... zł

słownie
za semestr zimowy/letni* roku akademickiego/szkolnego* 20..... / 20.....

*-niepotrzebne skreślić

podpis pracodawcy

Data, podpis:.....