

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI SEMESTRÓW W KTÓRYCH WNIOSKODAWCA
UZYSKAŁ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON

- I. Oświadczam, że uzyskałem/łam dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do semestru/roku akademickiego w:

PROGRAM STUDENT:

- nie dotyczy

1. nazwa szkoły/uczelni:
2. wydział:
3. kierunek:.....
4. forma kształcenia:
 - nauka w szkole policealnej
 - studia pierwszego stopnia
 - studia drugiego stopnia
 - jednolite studia magisterskie
 - studia podyplomowe
 - studia doktoranckie
 - inna.....
 - kolegium pracowników służb społecznych
 - kolegium nauczycielskim
 - nauczycielskie kolegium języków obcych
 - przeprowadzenie przewodu doktorskiego
(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
 - nauka na uczelni zagranicznej
5. rok/lata nauki, w których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5
6. semestr/y nauki, w których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. przyczyna powtarzania semestru/roku :
8. powtarzany semestr/rok nauki był ponownie dofinansowany ze środków PFRON: nie tak
9. powtarzany rok/lata 1 2 3 4 5
10. powtarzany semestr/y nauk: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PROGRAM STUDENT II:

- nie dotyczy

1. nazwa szkoły/uczelni:
2. wydział:
3. kierunek:.....
4. forma kształcenia:
 - nauka w szkole policealnej
 - studia pierwszego stopnia
 - studia drugiego stopnia
 - jednolite studia magisterskie
 - studia podyplomowe
 - studia doktoranckie
 - inna.....
 - kolegium pracowników służb społecznych
 - kolegium nauczycielskim
 - nauczycielskie kolegium języków obcych
 - przeprowadzenie przewodu doktorskiego
(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
 - nauka na uczelni zagranicznej
5. rok/lata nauki w których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5
6. semestr/y nauki których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. przyczyna powtarzania semestru/roku :
8. powtarzany semestr/rok nauki był ponownie dofinansowany ze środków PFRON: nie tak
9. powtarzany rok/lata 1 2 3 4 5
10. powtarzany semestr/y nauk: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MODUŁ II:

- nie dotyczy

1. nazwa szkoły/uczelni:
2. wydział:
3. kierunek:.....
4. forma kształcenia:
 - nauka w szkole policealnej
 - studia pierwszego stopnia
 - studia drugiego stopnia
 - jednolite studia magisterskie
 - studia podyplomowe
 - studia doktoranckie
 - inna.....
 - kolegium pracowników służb społecznych
 - kolegium nauczycielskim
 - nauczycielskie kolegium języków obcych
 - przeprowadzenie przewodu doktorskiego
(dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
 - nauka na uczelni zagranicznej
5. rok/lata nauki, w których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5
6. semestr/y nauki, w których wnioskodawca otrzymywał dofinansowanie:
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. przyczyna powtarzania semestru/roku :
8. powtarzany semestr/rok nauki był ponownie dofinansowany ze środków PFRON: nie tak
9. powtarzany rok/lata 1 2 3 4 5
10. powtarzany semestr/y nauk: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II. Oświadczam, iż do dnia złożenia wniosku(wpisać datę) uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach(podać ilość semestrów/półroczy słownie) różnych form kształcenia na poziomie wyższym udzielonego w ramach programów: STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych; STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych; Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.
- nie dotyczy

III. Jeśli otrzymałem dofinansowanie ze środków PFRON na więcej niż 20 (dwadzieścia) semestrów/półroczy:
Oświadczam, iż w dniu złożenia wniosku.....
(wpisać datę) uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON w ramach większej liczby semestrów/półroczy niż 20 (dwadzieścia) więc zgodnie z zasadami w roku 2020 r., obecny semestr jest(słownie kolejny numer semestru), który realizuję zgodnie z harmonogramem studiów rozpoczętych, w czasie których nie powtarzałem/powtarzałam semestr(u) i otrzymałam(em) dofinansowania na ten cel ze środków PFRON.
- nie dotyczy

IV. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)