

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

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

Pan/Pani

Nr PESEL

Zamieszkały/a

jest zatrudniony/a:

a) na czas nieokreślony

b) na czas określony od dnia do dnia

stosunek pracy:

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

.....
.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

na miesiąc/semestr* w wysokości zł słownie

w roku akademickim/szkolnym*

.....
podpis pracodawcy

.....
miejsowość i data

*- niepotrzebne skreślić