

.....  
pieczęć zakładu pracy

## ZAŚWIADCZENIE

**wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu – dotyczy  
dofinansowania ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd“**

Pan/Pani ..... zamieszkały/a  
w ..... przy ul. ....  
nr PESEL .....

jest zatrudniona od dnia ..... do dnia .....

na czas nieokreślony\* / inny, jaki \* .....

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

.....  
.....  
.....

(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

**na miesiąc/ semestr\* w wysokości ..... zł**  
**słownie.....**  
**w roku akademickim/ szkolnym\*.....**

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis pracodawcy

\* - niepotrzebne skreślić