*Załącznik nr 8 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu **„Aktywny Samor ząd” - MODUŁ II***

…….....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę / zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani ..... zamieszkały/a

w …..... ..... przy ul. …....,

nr PESEL .....

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