

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę/zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu

Zaświadcza się, że Pan/Pani.....

nr PESEL

Zamieszkały/a:

.....
Nie otrzymuje/ otrzymuje* dofinansowania/e na pokrycie kosztów nauki na/w:
.....
.....
.....

(pełna nazwa i adres szkoły, wydział, kierunek)

na miesiąc/semestr* w wysokościzł

słownie:

w roku akademickim/szkolnym*

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć wystawiającego zaświadczenia

* niepotrzebne skreślić