

*Załącznik nr 6 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu
„Aktywny Samorząd”*

.....

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 złotych:

.....

w roku akademickim/szkolnym*

....., dnia.....r. .

.....

miejsowość podpis

pracodawcy

*- niepotrzebne skreślić