…….....
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