

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał z pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym ze środków PFRON w ramach programów:

- Student – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych
- Student II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych
- Pilotażowy program „Aktywny samorząd”

Tak Nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania np. czesne, dodatek.	Nazwa uczelni Wydział	Forma kształcenia np. studia I lub III stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe, itp.	Rok Akademicki np. 2017/2018	Rok Studiów np. I, II, III	Semestr np. 1, 2, 3	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, której udzielono dofinansowanie)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana	Kwota rozliczona	Czy semestr był ponownie dofinansowany z uwagi na powtarzanie? (proszę zaznaczyć właściwe)
													Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
													Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
													Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
													Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

....., dnia..... r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 7
do wniosku o dofinansowanie kosztów nauki w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
														Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

....., dnia..... r.
(miejsowość)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)