

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez pracodawcę/zakład pracy dla potrzeb Realizatora programu

Pan/Pani.....

nr PESEL

nie otrzymuje/otrzymuje* dofinansowanie/a na pokrycie kosztów nauki na/w*

.....

.....

(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

na miesiąc/semestr* w wysokości.....zł (słownie:.....)

w roku akademickim/szkolnym*

.....
miejsowość i data

.....
podpis pracodawcy

**-niepotrzebne skreślić*