

.....
(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 wysokościzł (słownie złotych:)
w roku akademickim/szkolnym*

.....
miejsowość i data

.....
podpis pracodawcy

* - niepotrzebne skreślić