

*Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym*

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - kolejny kierunek

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły		Kod pocztowy
Miejscowość	ulica	Nr domu
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji.....		
Kierunek nauki:	Rok nauki	Semestr nauki
Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	tak	nie
Wydział:		
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)		tak nie
Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:		
jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia	studia drugiego stopnia
studia podyplomowe	studia doktoranckie	nauka w kolegium pracowników służb społecznych
nauka w kolegium nauczycielskim	nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	nauka w szkole policealnej
nauka na uczelni zagranicznej	staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)
Okres trwania nauki w szkole		Data rozpoczęcia nauki/studiów
.....(<i>ile semestrów</i>)		
Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy		
Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:		tak nie
Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:		tak nie
Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego semestru		tak nie
Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie do powtarzanego roku akademickiego		tak nie
Czy Wnioskodawca zmienił kierunek lub uczelnie i ponownie rozpoczyna naukę od poziomu objętego uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca napotyka bariery w komunikowaniu się		tak nie
Wnioskodawca napotyka bariery w poruszaniu się		tak nie
Wnioskodawca poddaje się leczeniu onkologicznemu, oczekuje na przeszczep, bądź przeszedł operację przeszczepu narządów lub tkanek		tak nie

.....
data i podpis Wnioskodawcy