

.....
(pieczęć szkoły/uczelni*)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O POBIERANIU NAUKI W SYSTEMIE DZIENNYM

Zaświadczam, że Pan/i
(imię i nazwisko)

pobiera naukę w systemie dziennym w:

.....
(nazwa szkoły/uczelni*)

.....
(adres i miejscowość)

Przewidywany termin zakończenia nauki.....
(data)

.....
(pieczęć szkoły/uczelni*, data, pieczęć, podpis osoby upoważnionej)