



WNIOSEK WYJAZDOWY NA STYPENDIUM ERASMUS
w celu odbycia części studiów

STUDENT STUDIUM LICENCJACKIEGO

STUDENT STUDIUM MAGISTERSKIEGO

DANE STUDENTA	IMIĘ I NAZWISKO	TYP STUDIÓW	NUMER ALBUMU
		<input type="checkbox"/> STACJONARNE <input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE	
	NUMER PESEL	SEMESTR STUDIÓW	ROK AKADEMICKI
	ADRES ZAMELDOWANIA	TELEFON KONTAKTOWY	ADRES E-MAILOWY

WNIOSEK	Proszę o skierowanie mnie zagranicę w celu odbycia i zaliczenia części studiów zgodnie z poniższymi warunkami
OKRES STUDIÓW ZAGRANICZNYCH	<input type="checkbox"/> SEMESTR ZIMOWY, ROK AKADEMICKI <input type="checkbox"/> SEMESTR LETNI, ROK AKADEMICKI

WARUNKI FINANSOWANIA WYJAZDU	<input type="checkbox"/> WYJAZD FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH
	<input type="checkbox"/> STYPENDIUM ZE ŚRODKÓW PROGRAMU WYMIANY WSP ERASMUS (wysokość środków zostanie określona w odrębnej umowie pomiędzy studentem a WSP)

WYBÓR ZAGRANICZNEGO PARTNERA INSTYTUCJONALNEGO (proszę zaznaczyć max.3)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UNIVERSITA DELLA CALABRIA, WŁOCHY | <input type="checkbox"/> INSTITUTO SUPERIOR DA MAIA, PORTUGALIA |
| <input type="checkbox"/> BILKENT UNIVERSITY, TURCJA | <input type="checkbox"/> REZEKNES AUGSTSKOLA, ŁOTWA |
| <input type="checkbox"/> BUSINESS ACADEMY AARHUS, DANIA | <input type="checkbox"/> ERASMUSHOGESCHOOL BRUSSEL, BELGIA |
| <input type="checkbox"/> UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PERUGIA, WŁOCHY | <input type="checkbox"/> BARREIRA ARTE + DISEÑO, HISZPANIA |
| <input type="checkbox"/> KODOLANYI JANOS UNIVERSITY, WĘGRY | <input type="checkbox"/> UNIVERSITY OF JAN E. PURKYNE, CZECHY |
| <input type="checkbox"/> ZSIGMOND KIRALY FOISKOLA, WĘGRY | <input type="checkbox"/> VIA UNIVERSITY COLLEGE, TEKÓ, DANIA |
| <input type="checkbox"/> UNIVERSITY OF DEBRECEN, WĘGRY | <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD DE GRANADA, HISZPANIA |
| <input type="checkbox"/> KADIR HAS UNIVERSITY, TURCJA | <input type="checkbox"/> ITT, IRLANDIA |

DATA/PODPIS STUDENTA



DECYZJA	<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA WYJAZD <input type="checkbox"/> WYRAŻAM ZGODĘ NA WYJAZD POD WARUNKIEM ZALICZENIA SEMESTRU POPRZEDZAJĄCEGO	
PODPIS I DATA/ PIECZEŃ		
	UCZELNIANY KOORDYNATOR DS. PROGRAMU ERASMUS	REKTOR