PODANIE STUDENTA/ DOKTORANTA O WYJAZD ZAGRANICZNY NA STUDIA

W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+

|  |
| --- |
| **NAZWISKO, IMIĘ** .....................................................................................................................................................  WYDZIAŁ PK/ SZKOŁA DOKTORSKA .........................................................................................................................  ROK I STOPIEŃ STUDIÓW (w którym będzie odbywał się wyjazd) ..........................................................................  OPIEKUN NAUKOWY ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ADRES DOMOWY ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ADRES DO KORESPONDENCJI ..................................................................................................................................  TELEFON...................................................................................................................................................................  ADRES E-MAIL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  DATA I MIEJSCE URODZENIA....................................................................................................................................  PESEL ....................................................................................................................................................................... |
|  |
| ŚREDNIA OCEN Z OSTATNIEGO ROKU .....................................................................................................................  (potwierdzona przez Dziekanat/ Szkołę Doktorską)  PODPIS OPIEKUNA NAUKOWEGO ........................................................................................................................... |
|  |
| KOMPETENCJE JĘZYKOWE (potwierdzone przez SPNJO PK lub Wydziałowego Koordynatora Erasmus+)  .................................................................................................................................................................................. |
|  |
| **RODZAJ WYJAZDU: Wyjazd na studia w ramach Programu ERASMUS+**  UCZELNIA PARTNERSKA ...........................................................................................................................................  KRAJ .........................................................................................................................................................................  DATA WYJAZDU ................................................... DATA POWROTU ....................................................................... |
|  |
| **Prorektor ds. Kształcenia i współpracy z zagranicą**  **dr hab. inż. Katarzyna Bizon, prof. PK** PODANIE Proszę o wyrażenie zgody na mój wyjazd do .............................................................................  *(nazwa uczelni, kraj*) w celu odbycia studiów częściowych w semestrze …...........................................  Jednocześnie zobowiązuję się zaliczyć semestr .................................. do chwili wyjazdu.  **Podanie popieram** **Wyrażam zgodę**  ........................................... ........................................... .....................................................  Podpis studenta/ doktoranta Podpis Dziekana/ Podpis Prorektora  Dyrektora Szkoły Doktorskiej |