

**

**Rezygnacja z wyjazdu na studia**

**w ramach programu Erasmus+**

w roku akademickim . ……………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | **Adres e-mail** | |  | | |
| **Nr albumu** |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | |
| **Kierunek studiów** | Dietetyka | Kosmetologia | | | | Pedagogika | |
| **Specjalność** |  | | | | | | |
| **Aktualny rok studiów** |  | | **Aktualny semestr studiów** | | | |  |
| **Rodzaj studiów** | studia pierwszego stopnia | | |  studia drugiego stopnia | | | |
| **Tryb studiów** |  studia stacjonarne | | | studia niestacjonarne | | | |

**Uczelniany Koordynator Programu Erasmus Plus  
WSBiNoZ w Łodzi**

Oświadczam, iż rezygnuję z wyjazdu na studia do

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(nazwa uczelni)* |

Powód rezygnacji

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

………………………….. ……………………………………

Data Podpis studenta

**Akceptuję/przyjmuję do wiadomości**

Dziekanat …………….……………………………………

Uczelnianego Koordynatora Programu Erasmus Plus ………………………………………