

**

**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 ………………………………………