**ERASMUS+**

**Semestr zimowy**  **Semestr letni 2023/2024**

Wyjazd studenta w celu realizacji części studiów

w uczelni zagranicznej

**Zgoda promotora**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta**: |  |
| **Numer albumu:** |  |
| **Rok studiów w roku akademickim 2023/2024:** |  |
| **Wydział macierzysty studenta:** |  |
| **Uczelnia przyjmująca:** |  |
| **Imię i nazwisko promotora:** |  |

|  |
| --- |
| **Wyrażam zgodę na wyjazd studenta w celu realizacji części studiów w uczelni zagranicznej w ramach Programu Erasmus+ w roku akademickim 2023/2024.**  **Wyrażam zgodę, aby student realizował w trybie eksternistycznym/zdalnym pracę licencjacką/ magisterską/ doktorską.** |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………  ***Czytelny podpis promotora*** | **\_\_\_** */* **\_\_\_***/ 20***\_\_**  **Data** |