



Załącznik 24a do regulaminu WSMED dot. wyjazdów w ramach Programu Erasmus+

.....

Imię i nazwisko

.....

Nr albumu

.....

Kierunek

.....

Email do korespondencji

**Sz. Pani**

**Dr n. med. Agnieszka Zakrzeska**

**Uczelniany Koordynator Programu Erasmus+**

### **PODANIE O INDYWIDUALNY TOK STUDIÓW**

Proszę o wyrażenie zgody na indywidualny tok studiów po powrocie z mobilności w ramach programu Erasmus+.

.....

Data i podpis