



## BIURO ERASMUS+

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku  
ul. Krakowska 9, pok. 117, 15-875 Białystok  
tel. 85 745 64 72  
e-mail: erasmus@wsmed.pl

## OPINIA KIEROWNIKA KIERUNKU DOTYCZĄCA STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WYJAZD W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+

*FORMULARZ WYPEŁNIA KIEROWNIK KIERUNKU, NA KTÓRY UCZĘSZCZA STUDENT!*

Imię / imiona i nazwisko studenta	
Rodzaj wyjazdu	<input type="checkbox"/> studia <input type="checkbox"/> praktyki
Opinia o studencie	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Decyzja dotycząca wyjazdu	<input type="checkbox"/> wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody

miejscowość i data .....

podpis kierownika kierunku .....