



Co-funded by
the European Union



02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 562 35 00
tel./fax +48 22 562 35 08
rekrutacja@wsiiz.pl
wsiiz.pl

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z WYJAZDU NA STUDIA/PRAKTYKI* W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+

Ja, niżej podpisana/y
[imię/nazwisko/nr albumu] studentka/student
..... [nazwa kierunku i toku studiów]
Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia w Warszawie oświadczam, że rezygnuję z wyjazdu do
.....
[nazwa uczelni instytucji/przyjmującej] w [kraj] w
semestrze zimowym/letnim* w roku akademickim 20...../20..... w ramach programu
ERASMUS+.

Powód rezygnacji:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis studentki/studenta

.....
DATA

* Niepotrzebne skreślić