****

**AKADEMIA POMORSKA W SŁUPSKU**

Biuro ds. Nauki

 ul. Boh. Westerplatte 64, pok. 426

 e-mail: programy.eu@apsl.edu.pl tel. (59) 84 05 945;

|  |
| --- |
|  |

**WNIOSEK WYJAZDOWY WINONA STATE UNIVERSITY**

**ROK AKADEMICKI: Semestr:**

**DANE OSOBOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  |
| Narodowość: |  |
| PESEL: |  |
| Seria i numer dowodu: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Numer telefonu do rodziców: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Adres zameldowania: |  |
| Wydział i kierunek: |  |
| Specjalność: |  |
| Obecny rok studiów i poziom (lic./ mgr): |  |
| Okres pobytu: semestr zimowy/letni |  |
| Znajomość języków obcych: |  |
| Poziom znajomości: |  |
| Średnia ocen za ubiegły rok: |  |
| Czy uczestniczyłaś/eś w wymianie międzynarodowej? | TAK 🞏 NIE 🞏 |
| Jeśli tak, prosimy o wypełnienie: | **Poziom studiów w okresie wymiany:** studia licencjackie 🞏 studia magisterskie 🞏**Uczelnia goszcząca:**………………………………………………………………….**Rok akademicki:**…………………………………………………………………….**Okres pobytu** (w miesiącach):……………………………………………………… |
| **Data i podpis studenta:** |  |