****

**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 2017/2018**

**DANE OSOBOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  |
| PESEL: |  |
| Seria i numer dowodu: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Wydział: |  |
| Preferowany okres pobytu  |  |
| Preferowana liczba wykładów |  |
| Znajomość języków obcych: |  |
| Poziom znajomości: |  |
| Czy uczestniczył Pan/Pani w wymianie międzynarodowej? | TAK 🞏 NIE 🞏 |
| Jeśli tak, prosimy o wypełnienie: | **Uczelnia goszcząca:**………………………………………………………………….**Rok akademicki:**…………………………………………………………………….**Okres pobytu** (w miesiącach):……………………………………………………… |
| **Data i podpis wykładowcy:** |  |